Rok XLIV. Kraków 6 Maja 1905. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni bakteryologicznej Prof. Nowaka w Krakowie.

Przyczynek do etyologii czerwonki.

Podał

Dr. Teodor Cybulski

demonstrator kliniki chorób dziecięcych Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

Od roku 1875, w którym Loesch zwrócił uwagę na pełzaki (ameby), które spostrzegał w czerwonce, a badania te potwierdzili Koch i Kartulis, zajęcie się etyologią tego cierpienia wzbudza ogólną uwagę. W roku 1894 podnosi Wesener możliwość współudziału drobnoustrojów natury roślinnej i wtedy występuje cały szereg autorów, którzy już to odmawiają zupełnie pełzakom roli w etyologii czerwonki, jużto przyznają im znaczenie drugorzędne, a szereg drobnoustrojów, uważanych przez nich za przyczynę czerwonki, wzrasta coraz więcej. U nas badaniami w tym kierunku zajmowali się Ciechanowski, Nowak i Janowski. Dopiero doniesienie Shigi w roku 1898 rzuca jasne i stanowcze światło na tę sprawę. Wykazuje on drobnoustrój spotykany stale w badanej przez niego epidemii, i aczkolwiek w gorączce odkrywczej nie dość dokładnie go opisał, to jednak późniejsze jego dokładne badania, jak i badania Krusego wykazują, że drobnoustrój ten jest przyczyną epidemicznej czerwonki.

Od tego czasu wzrasta z każdym dniem ilość doniesień, wykazujących, że przyczyną epidemii czerwonki w różnych krajach i częściach świata jest prątek, przyjęty ogólnie pod nazwą *bacterium dysenteriae* Shiga-Kruse, że wspomnę tylko Flexnera (Ameryka), Pfuhla-Drigalskiego w Döberitz, Rosenthala w Moskwie, Vaillarda i Doptera we Francyi, Müllera w Styryi, Doerra w Bruck i innych.

U nas ścisłe badania w tym kierunku przeprowadził Raczyński w r. 1904 i wykazał zapomocą aglutynacyi z krwią chorych, a co ważniejsza doświadczeniami na zwierzętach, wywołał bowiem u zwierząt, co Shidze nie bardzo się powiodło, zmiany, odpowiadające w zupełności zmianom anatomo-patologicznym czerwonki ludzkiej, — że przyczyną czerwonki w naszym kraju jest prątek Shigi-Krusego.

Jednak od czasu odkrycia Shigi zauważyć można pewne stałe zamieszanie. Flexner w epidemii na Filipinach wykrył prątek, którego cechy nie zupełnie pokrywały się z cechami prątka Shigi i od tego czasu pojawiają się doniesienia, które pozwalają przypuszczać, że oprócz prątka Shigi-Krusego występuje inny drobnoustrój, zbliżony do niego, jednakże przedstawiający pewne odmienne cechy. To było może powodem, że pojawia się całe mnóstwo prątków rzekomo- i paradysenterycznych, co znów sprawę zaciemnia.

Dopiero, gdy badacze berlińscy: Pfuhl, Schmiedicke, Lentz i inni, chcąc zidentyfikować główne pnie dotychczas wykryte, przeprowadzili badania z dodatnim wynikiem, zauważa Pfuhl, że prątek Flexnera z Manili inaczej się zachowuje z surowicą ozdrowieńców czerwonkowych; mianowicie, podczas gdy tamte dawały odczyn aglutynacyi w rozcieńczeniu 1:50 jeszcze bardzo silny, — Flexner-Manila prawie go nie dawał.

Ażeby uniknąć znów zamieszania, zwracam uwagę, że poprzednio wyhodował Flexner w Ameryce w New-Haven prątek identyczny z Shigą-Krusem; ten zaś prątek, który dziś nosi nazwę Flexner-Manila wykrył w epidemii na Filipinach. Zaś drugi szczep Flexnera z Filipin, tak zw. przedtem Flexner I, jest prawdopodobnie tym samym prątkiem, różniącym się tylko ilościowem, że się tak wyrażę, zachowaniem się na pożywkach cukrowych, co leżeć może w granicach błędu, lub nie mających znaczenia różnic w przygotowaniu pożywek.

Wracam do kwestyi, poruszonej wyżej, gdzie zaznaczyłem badania Pfuhla z krwią ozdrowieńców czerwonkowych, z którą Flexner-Manila dawał inne wyniki niż Shiga-Kruse. W r. 1903 podczas epidemii w Zakładzie dla umysłowo chorych, wyhodował Kruse prątka, zbliżonego do typu Flexner-Manila i podnosi możliwość istnienia obok Shigi-Krusego innego pnia, wywołującego pewne przypadki czerwonki. To przypuszczenie nabiera większego znaczenia po ogłoszeniu Jürgensa i Leinera, którzy w epidemiach przez siebie spostrzeganych wykazują prątka, odpowiadającego prątkowi Flexner-Manila i udowadniają zapomocą aglutynacyi jego związek z czerwonką, przez nich spostrzeganą.

Potem gdy Pfuhl i Kruse ogłosili swoje spostrzeżenia, przeprowadził Lentz w r. 1903 cały szereg doświadczeń, wykazujących, że ten prątek, różniący się od prątka Shigi, wyhodowany w przypadkach czerwonki w Europie, jest prątkiem Flexner-Manila. Jednakże twierdzi, że dla zwierząt jest on bardzo mało jadowitym i wogóle wątpi, czy prątek ten może wywołać czerwonkę u ludzi; zalicza go do grupy rzekomych prątków czerwonki i przypuszcza, że raczej towarzyszy on tylko typowym prątkom czerwonkowym i może mieć znaczenie tylko przy powikłaniach w czerwonce. Leiner w r. 1904 przyznaje mu wprawdzie jadowitość dla zwierząt, ale odmawia zdolności wywoływania charakterystycznych zmian w jelitach.

Sądzę, że skorzystawszy z przypadku, spostrzeganego przezemnie w Krakowie, zdołam rozstrzygnąć tę kwestyę na

podstawie badań, przeprowadzonych w pracowni bakteryologicznej Prof. Nowaka, któremu na tem miejscu składam podziękowanie, jak również koledze Docentowi Drobie za jego chętne i cenne wskazówki.

W listopadzie ubiegłego roku, wezwany do dziecka 11-letniego, stwierdziłem typową czerwonkę o średnio ciężkim przebiegu. Zasięgnąwszy wiadomości w fizykacie miejskim, dowiedziałem się, że od dłuższego czasu ani w Krakowie, ani w okolicy przypadku czerwonki nie było.

Ponieważ miałem zamiar ewentualnie leczyć dziecko surowicą swoistą, chciałem upewnić się co do etyologii tego przypadku i w tym celu podjąłem badania bakteryologiczne kału, przedstawiającego wszystkie znane cechy stolca czerwonkowego. Udało mi się wyhodować i wyosobnić prątka, który w pierwszej chwili robił wrażenie prątka Shigi-Krusego, jednak zachowaniem się na zmodyfikowanej przez Hetscha pożywce Barsickowa, zaznaczył wyraźnie swoją odrębność.

Równocześnie przeprowadziłem badania z surowicą krwi tego chorego w kierunku aglutynacyi i doszedłem do następujących wyników: surowica aglutynowała prątka Shigi-Krusego, znajdującego się w zakładzie:

po 12 godz. zaledwie 1 : 20
po 24 godz. słabo 1 : 40.

Prątek okrężnicowy wspólny (*b. coli commune*), wyhodowany poprzednio z przypadku ostrego nieżytu przewodu pokarmowego, wykazuje po 24 godzinach zaledwie ślad aglutynacyi w rozcieńczeniu 1 : 20. Natomiast danego prątka aglutynowała surowica tego chorego:

w $^1/_2$ godz. w rozcieńczeniu 1 : 80
w 12 godz. 1 : 160 zaznaczona aglutynacya
a w 24 godz. 1 : 160 wyraźna i 1 : 320 ślad.

Natomiast surowica barana, uodpornionego prątkiem Shigi, odstąpiona mi łaskawie przez kolegę Doc. Drobę, której siła aglutynacyjna wynosiła dla prątka Shigi 1:2000, aglutynowała danego prątka po 24 godzinach w rozcieńczeniu 1 : 40 wyraźnie i 1 : 80 zaledwie ślad.

O ile próby aglutynacyi z surowicą chorego dowodzą, że prątek ten pozostawał w ścisłym i to czynnym związku z ustrojem, z którego go wyhodowałem, o tyle próby aglutynacyjne ze surowicą swoistą Shigi dowodzą jego odrębności od prątka Shiga-Kruse. Obok tego zwracam uwagę, że niski stopień aglutynacyi prątka Shigi z surowicą chorego przemawia, aczkolwiek nie stanowczo, że prątek Shiga-Kruse nie miał tego związku z chorym ustrojem. Ponieważ w dodatku pomimo kilkakrotnych prób szczepienia prątka Shigi z kału chorego i to w pierwszym okresie choroby (na co zwracam uwagę) nie wyhodowałem, przyjąłem, że prątek ten był rzeczywiście przyczyną choroby w danym przypadku. Przypuszczenie to starałem się udowodnić, co, jak to wykażę, w zupełności się powiodło.

Przystąpiłem do oznaczenia i w tym celu założyłem jego hodowlę na wszystkich używanych pożywkach, a w szczególności na płynnej pożywce Barsiekowa, zmodyfikowanej przez Doerra, Hoetscha i Lentza z cukrami: mannitem, gronowym, mlecznym, trzcinowym i na agarze z tymi cukrami. Równocześnie dla porównania założyłem hodowlę prątka dysenteryi Shigi-Krusego, prątka okrężnicowego wspólnego i prątka duru.

Z porównania tych hodowli okazało się, że prątek ten różni się od prątka czerwonkowego Shigi, mianowicie, że posiada zdolność fermentowania mannitu i stąd daje czerwone zabarwienie w niebieskiej poprzednio pożywce; daje w wodzie peptonowej indolowy odczyn, rośnie na ziemniaku w postaci dość wyraźnego żółtawego nalotu, podczas gdy Shiga mannitu nie fermentuje, na ziemniaku rośnie w postaci niewidzialnej powłoczki i co najważniejsza nie daje odczynu indolowego. Od prątka duru różni się brakiem ruchów, odczynem indolowym i sposobem wzrostu na ziemniaku. Od prątka okrężnicy wspólnego — brakiem ruchów, ścinania mleka, tworzenia gazów w agarach cukrowych, wzrostem na ziemniaku (prątek okrężn. wspólny rośnie na ziemniaku szaro-żółto i bardzo obficie) i brakiem fermentowania cukru mlecznego i trzcinowego. Ogólnie biorąc, rośnie we wszystkich pożywkach i żelatynie, dając kolonie o typie bakteryi grupy prątka okrężnicowego, jednak słabiej, niż ten ostatni, a mocniej niż prątek dysenteryi Shiga.

Biorąc pod uwagę te tak ważne cechy, jak również zachowanie się wobec surowicy swoistej Shigi, należy wyhodowanego przezemnie prątka stanowczo wyodrębnić od prątka czerwonkowego Shigi-Krusego. Co dalej, z cech tych (mannit, odczyn indolowy, wzrost na ziemniaku, wyłoniła się myśl, że prątek ten może być identyczny z prątkiem Flexnera-Manila, o którego znaczeniu we wstępie wspomniałem.

Otrzymawszy dzięki łaskawości kolegi Eisenberga szczep oryginalny Flexner-Manila, sprowadzony od Krala, jak również surowicę wysokowartościową dla tego szczepu, stwierdziłem zupełną identyczność prątka, wyhodowanego przezemnie, z prątkiem Flexner-Manila. Surowica ta mianowicie aglutynuje tak szczep oryginalny, jak i mój szczep w wysokości 1 : 1600 i wyżej.

Natomiast surowica wysokowartościowa 1:2000 Shigi, otrzymana przez Docenta Drobę, aglutynuje szczep mój na 1 : 40.

Po stwierdzeniu identyczności tego szczepu ze szczepem Flexnera i wziąwszy pod uwagę badania autorów Krusego, Jürgensa, Leinera, którzy w przypadkach czerwonki prątek ten z kału chorych wyhodowali, jednak w ścisłem znaczeniu tego słowa nie udowodnili, że prątek ten może wywoływać obraz chorobowy typowej czerwonki, bo samej próby aglutynacyjnej z surowicą chorych, wypadającej dodatnio, za ostateczny dowód uważać nie można, a ponieważ w dodatku Lentz w swoich badaniach porównawczych wyraził silne powątpiewanie, czy prątek ten może być chorobotwórczym w tem znaczeniu, jak to wyżej podkreśliłem, a i Leiner przyznaje mu wprawdzie jadowitość, ale bez zdolności wywoływania u zwierząt charakterystycznych zmian jelitowych, postanowiłem zapomocą ostatecznego argumentu, jaki w tym przypadku posiadamy, to jest na podstawie doświadczeń na zwierzętach sprawę tę rozstrzygnąć.

Do doświadczeń użyłem myszek, świnek morskich, królików i psów. Wstrzykiwany myszkom w 24-godzinnej hodowli bulionowej w ilości jednego i pół centymetra sprowadzał śmierć w przeciągu kilkunastu godzin, przyczem w jelitach myszek zauważyć można było treść blado-różową, a z krwi i narządów wewnętrznych otrzymywałem czyste hodowle. Podobnie miała się rzecz z królikami. Świnki

morskie natomiast okazały się odpornemi nawet przeciw wielkim dawkom wstrzykiwanym do otrzewnej.

Najważniejszym jednak dowodem jego swoistej własności chorobotwórczej są doświadczenia, wykonane na psach. Użyłem do tego dwóch psów. Psu dorosłemu, nie dręczonemu żadnymi środkami pomocniczymi, używanymi w takich razach, jak alkalizowanie przewodu pokarmowego, głodzenie i t. p. (obie te okoliczności mają ważne znaczenie), podałem w mięsie 30 ctm. hodowli bulionowej, jednemu czterodniowej, drugiemu dwudniowej. Oba psy zachowały się jednakowo; na trzeci dzień wystąpiły objawy chorobowe, jak brak łaknienia, ból, objawiający się ustawicznem wyciem i osłabienie. Wśród wzrastającego osłabienia (w 5-tym dniu już nie mogły wstawać) ukazały się stolce płynne, u jednego podbarwione krwią, zmięszane ze śluzem, wśród których to objawów pierwszy padł po 7 dniach, drugi po 8. Oględziny pośmiertne wykazały co następuje: na otrzewnej i ścianach jelit wynaczynionki, (płynu zapalnego w jamie otrzewnej nie było), treść jelit, tak grubego, jak i cienkiego, skąpa, śluzowo-krwawa, zmieszana ze strzępami błon rzekomych. Błona śluzowa jelit rozpulchniona, przekrwiona, pokryta licznemi wynaczynionkami i strzępami błon wrzekomych. Gdzieniegdzie zdają się znajdować powierzchowne ubytki, stwierdzone ostatecznie preparatami histologicznymi. Nieliczne gruczoły krezkowe przedstawiają ostry obrzęk, przekrwienie i wynaczynionki. Zmiany najwyraźniejsze w jelicie grubem, również znaczne zmiany w jelicie cienkiem, w miarę posuwania się w górę słabną.

Z treści kałowej wyhodowałem czyste hodowle tegoż prątka, znajdującego się w ogromnej przewadze nad innymi drobnoustrojami. Również ze śledziony wyrosła czysta hodowla; z krwi, wątroby, nerek i gruczołów krezkowych prątka nie wyhodowałem. Taksamo zachowała się i myszka, karmiona hodowlą bulionową; padła wychudzona po 9 dniach, a z jelit, zawierających różową treść i ze śledziony otrzymałem również czyste hodowle.

Badanie histologiczne jelit psa wykazuje: przekrwienie i wynaczynionki; naciek drobnokomórkowy, tak w warstwie gruczołowej, jak i podśluzowej, złuszczenie i brak przybłonka, a w niektórych miejscach ubytki powierzchowne. W ścianach jelit znaleźć można gromadki prątków. Preparat z gruczołów krezkowych wykazuje naciek, przekrwienie i liczne wynaczynionki; — bakteryi wykazać nie można. Równocześnie robione doświadczenia nad toksyną tego prątka, otrzymaną drogą naturalną przez przesączenie hodowli 3, 6 i 12-dniowych na bulionie D r o b y, będącego modyfikacyą bulionu Martina, dały na razie wynik ujemny, jakto zresztą doświadczenia nad toksyną prątka dysenteryi S h i g a - K r u s e, któremi obecnie się zajmuję, zdają się wykazywać.

Na podstawie tych doświadczeń przychodzę do wniosków: Po pierwsze: że prątek F l e x n e r-Manila, jak to już podnosili inni autorowie, jest stanowczo odmiennym od prątka S h i g i i że należy go uważać nie za prątek rzekomoczerwonkowy, jakto chciał L e n t z, H e t s c h i inni, ale że mu się należy w zupełności nazwa prątka dysenteryi F l e x n e r a.

Powtóre, prątek ten, znajdowany w kale chorych czerwonkowych przez F l e x n e r a, K r u s e g o, J ü r g e n s a i L e i n e r a, jest prątkiem, wywołującym samodzielnie typową czerwonkę tak dobrze, jak i prątek dysent. S h i g a-K r u s e, czego niezbitym dowodem są doświadczenia, wykonane przezemnie na zwierzętach. Nakoniec, podobnie jak na Filipinach, oraz w innych krajach Europy, taksamo i u nas musimy się liczyć z faktem, że czerwonka może być wywołaną przez dwa oddzielne prątki: prątek czerwonkowy S h i g i - K r u s e g o, wykazany w 2 epidemiach w Galicyi przez R a c z y ń s k i e g o i prątek czerwonkowy F l e x n e r-Manila, wyhodowany przezemnie w omawianym tutaj przypadku, co ze względu na możliwość leczenia swoistemi surowicami jest rzeczą bardzo ważną.

II. Z zakładu higieny Uniw. Jag. pod dyrekcyą Prof. O. Bujwida.

Pogląd na naukę o wściekliźnie.

Napisał

R. Nitsch, asystent Zakładu.

Wścieklizna jest bezwątpienia jedną z najdawniej znanych chorób. Pierwszy wspomina o niej w IV wieku przed Chrystusem A r y s t o t e l e s, a za nim liczni pisarze starożytni. Już w najodleglejszych czasach wiedziano, że przenosi się ona przez ukąszenie, przyczem niektórzy mniemali, że psy mogą przenosić tę chorobę tylko na zwierzęta, a nie na ludzi. Ranę z ukąszenia radzono wypalić rozpalonem żelazem lub wyssać. Następne wieki nic właściwie nowego nie przyniosły nauce o wściekliźnie oprócz licznych błędnych zapatrywań na istotę tej choroby. Do takich należy n. p. w średnich wiekach powstałe mniemanie, jakoby chorzy na wściekliznę zakażali oddechem powietrze, — wskutek czego duszono ich poduszkami. Dopiero w XIX wieku coraz częściej spotyka się ścisłe doświadczenia, usuwające pomału błędne mniemania. G r ü n e r i hr. S a l m e wykazują w r. 1813 zakaźność śliny psów wściekłych przez szczepienie jej na inne zwierzęta; B r a n d t w roku 1822 opisuje porażną formę wścieklizny, o której już w XVIII w. wiedział v a n S w i e t e n — i wykazuje, że wściekliznę przenosić można i na zwierzęta roślinożerne. Doświadczenia te potwierdzają i rozszerzają M a g e n d i e, H e r t w i g, R e n a u d i inni. W r. 1879 opisuje G a l t i e r wściekliznę u królików i wykazuje, że zwierzę to jest bardzo wrażliwym i wygodnym materyałem do doświadczeń nad tą chorobą. Odkrycie to wywarło bardzo dobroczynny wpływ na dalszy rozwój nauki, albowiem poznano zwierzę, na którem można było czynić doświadczenia bez żadnego niebezpieczeństwa i z niewielkimi środkami. Aż do czasów G a l t i e r a bowiem używano do doświadczeń nad wścieklizną psów, co łączyło się z pewnem niebezpieczeństwem, lub owiec, kóz i t. p., co znowu było zanadto kosztownem. N o c a r d i B e r t wykazują, że ślina przesączona przez sączek gipsowy przestaje być zaraźliwą, podczas gdy zaszczepienie materyału, pozostałego na sączku, wywołuje chorobę. Stąd wnoszą, że przyczyną wścieklizny jest zarazek uorganizowany. Wreszcie od r. 1881 przedstawia P a s t e u r częścią sam, a częścią wspólnie z C h a m b e r l a n d e m, R o u x e m i T h u i l l i e r e m paryzkiej Akademii umiejętności szereg sprawozdań, które właściwie dopiero stworzyły naukę o wściekliźnie. Albowiem aż do czasów P a s t e u r a wiedziano tyle tylko o wściekliźnie, co powyżej przytoczyłem.

Nie wiedziano właściwie nic o umiejscowieniu zarazka w ustroju zakażonym, z wyjątkiem tego, że ślina jest zaraźliwą. Doświadczenia czynione z różnemi wydzielinami i wydalinami zwierząt, z ich krwią i różnymi narządami, dawały najsprzeczniejsze wyniki. Pasteur udowodnił, że właściwą siedzibą zarazka wścieklizny jest środkowy układ nerwowy (głównie rdzeń przedłużony), że w nerwach obwodowych również znajduje się ten zarazek, jakkolwiek nie tak stale i w mniejszej ilości, niż w ośrodkowym układzie nerwowym. Również potwierdził Pasteur, że ślina i gruczoły ślinowe zawierają zarazek. To, co Pasteur udowodnił, to przed nim przypuszczał już na podstawie klinicznego obrazu choroby Duboué.

Nie znano pewnego sposobu szczepienia wścieklizny. Szczepiono ślinę i różne inne produkta lub narządy ustroju, zwykle podskórnie lub do skóry, — czasem do mięśni. I znowu szczepienie takie dawało bardzo różne wyniki: bardzo często się nie przyjmowało, prócz tego nieraz komplikowały doświadczenia ropnie, ropowice i t. p. Dopiero Pasteur wykazał, że tylko szczepienia podoponowe lub śródmiąższowe dają pewne wyniki i jeżeli wykonano je cząstką mózgu lub rdzenia wściekłego zwierzęcia, to dają zawsze wynik dodatni. Tak ugruntował Pasteur bardzo ważny i niezawodny środek rozpoznawczy wścieklizny. Aż do czasów Pasteura bowiem nie umiano nigdy postawić pewnego dowodu, czy dane zwierzę było wściekłem. Rozporządzano tylko klinicznym obrazem choroby, a po śmierci oryentowano się obecnością ciał obcych w żołądku i brakiem zresztą zmian anatomicznych.

W dalszym ciągu prac swoich zmodyfikował Pasteur jad wścieklizny. Kawałek mózgu psa, padłego na wściekliznę, zaszczepił pod oponę królikowi; królik ten zginął na wściekliznę 18 dnia po 3-dniowej chorobie. Znowu cząstkę mózgu tego królika zaszczepił drugiemu królikowi i t. d. Pomału czas wylęgania choroby się skracał i śmierć wcześniej występowała. Wreszcie między 80 a setnym królikiem występowały pierwsze objawy choroby już 5 lub 6 dnia po zaszczepieniu, a śmierć przychodziła po 7 lub 8 dniach. Dalsze przeszczepienia nawet setkami pokoleń już nie skracały okresu wylęgania, ani nie przyspieszały śmierci. Tak zatem otrzymał Pasteur zarazek o stałej sile i znacznie jadowitszy przy szczepieniu pod oponę, niż zwyczajnie spotykany zarazek. W ten sposób zmieniony jad nazwał Pasteur zarazkiem stałym (*virus fixe*), w odróżnieniu od zarazka spotykanego w naturze, który nazwał zarazkiem ulicznym (*rage des rues*). Stały zarazek nazywają także laboratoryjnym.

W ten sposób uzyskał Pasteur zarazek o stałych cechach, który dawał się przechowywać w pracowniach przez przeszczepianie na króliki i z którym można było wygodnie czynić doświadczenia. Okazało się wkrótce, że ta modyfikacya zarazka wywarła rozstrzygający wpływ na sprawę zapobiegania wściekliźnie. Wkrótce bowiem zauważył Pasteur, że zarazek stały daje się osłabić różnymi sposobami. Najważniejszym praktycznie było wysuszanie nad KOH. Jeżeli zawieszono kawałek rdzenia nad KOH i suszono go tak przez 10—14 dni, to króliki szczepione takim rdzeniem wcale nie ginęły: szczepione rdzeniami schnącymi krócej, ginęły, ale z przedłużonym okresem wylęgania. Tak odkrył Pasteur sposób osłabiania zarazka wścieklizny. Takim osłabionym zarazkiem spróbował Pasteur szczepić podskórnie zwierzęta, narażając je później na pokąsanie przez psa wściekłego. Okazało się, że zwierzęta te nabywały pewnej odporności. Pomału wydoskonalił Pasteur swój sposób i odważył się wreszcie zaszczepić i człowieka. Pierwsze to szczepienie rozpoczął Pasteur 7 lipca 1885 r. u 9-letniego chłopca nazwiskiem Józef Meister, ciężko pogryzionego przez psa wściekłego. Szczepienie się powiodło i było odtąd coraz częściej stosowane. Pomału powstały zakłady do szczepień ochronnych w różnych krajach Europy i innych częściach świata. Dzisiaj liczą się już ludzie, którzy poddali się szczepieniom przeciw wściekliźnie, na setki tysięcy.

Nie będę tu opisywał sposobu szczepień ochronnych, bo jest to rzecz znana. Również nie potrzeba już dowodzić ich skuteczności. Zaprowadzenie szczepień ochronnych uczyniło zbytecznymi do pewnego stopnia dawne sposoby zapobiegania wściekliźnie, t. j. wycierania lub wypalania ran żelazem lub środkami żrącymi. Oczywiście, że i teraz nie można tym sposobom odmówić pewnego znaczenia, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie pokąsany nie może zaraz udać się do zakładu, albo gdzie obrażenia są powierzchowne, łatwo dostępne dla środków odkażających. Ale sposoby te powinny być stosowane oględnie. Zapuszczenie do rany nalewki jodowej lub wymycie jej dokładne sublimatem 1‰ lub kreoliną, wystarcza zupełnie. W danym razie można użyć soku cytrynowego, który bardzo szybko niszczy zarazek wścieklizny. Nie powinno się natomiast używać kwasu karbolowego, ani azotanu srebrowego, bo te przetwory działają bardzo słabo na zarazek. Również należy unikać głębokiego wypalania ran i stosowania obficie różnych środków żrących na nieznaczne tylko draśnięcie lub zdarcie przyskórka. Co roku widzimy w Zakładzie prof. Bujwida kilkanaście przypadków, w których stosowanie takich środków na nieznaczne ranki, pochodzące z ukąszenia, wywołało owrzodzenia wielkości korony, na 1—2 ctm. wgłąb drążące, które bardzo trudno się goją i niepotrzebny sprawiają ból. Tak „sumiennie“ wypalone rany stanowią często jedyny przedmiot skargi pacyentów przez cały czas szczepień.

Takie były najważniejsze zdobycze Pasteura w nauce o wściekliźnie. Fakta przez niego odkryte stwierdzone zostały następnie w niezliczonych doświadczeniach, wykonywanych przez różnych autorów. I długi szereg lat następnych nic nowego właściwie nie przyniósł nauce. Z natury rzeczy zwracała się uwaga badaczów na odkrycia przyczyny wścieklizny.

Co do ogólnych poglądów na tę sprawę, to istnieją doświadczenia wykazujące, że zarazek wścieklizny musi być tworem uorganizowanym, a nie jakimś płynem *„contagium vivum fluidum“*, jak to niektórzy przypuszczali. Albowiem można przez kilkunastogodzinne centryfugowanie na dobrej wirownicy otrzymać w wodnej mleczance mózgu zakażonego dwie warstwy: warstwę górną niezakaźną i dolną, przenoszącą zakażenie (Barratt). Można w specyalnych prasach pod bardzo wysokiem ciśnieniem zmiażdżyć mechanicznie tak substancyę mózgową, że nie przenosi ona więcej zakażenia (Barratt). Można wreszcie przesączyć przez niektóre sączki bakteryologiczne (filtry Reichela, Kitasato, Chamberlanda F., Berkefelda W. i inne) zawiesinę jadowitego mózgu tak, że przesączyna nie wywołuje wścieklizny, a zatem nie zawiera zarazka (Remlinger

i Riffat Bey, Bertarelli, Volpino, Nocard, Bert i wielu innych). Ba, nawet potrójna warstwa zwyczajnego sączka z bibuły nie przepuszcza zarazka ulicznej wścieklizny! podczas gdy zarazek wścieklizny stałej przechodzi przez taki sączek (Bertarelli i Volpino). Doświadczenia te niewątpliwie dowodzą, że mamy do czynienia z tworem uorganizowanym, który czy to z powodu swych drobnych wymiarów, czy specyalnych własności barwnych, czy poprostu z powodu trudności zoryentowania się w takim chaosie, jaki przedstawia środkowy układ nerwowy pod mikroskopem, — dotąd nie dał się odkryć. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

G. Riether. **Therapie im Säuglingsalter.** (Wiedeń i Lipsk. A. Hölder. 1904. Cena opraw. kor. 2·80).

Firma Höldera wydaje w ostatnim czasie szereg tanich i gustownie oprawionych książeczek, stanowiących bibliotekę podręczną dla lekarzy praktykujących. Biblioteka ta uwzględnia w pierwszym rzędzie terapię. Książka, o której piszemy, stanowi jej tom dziesiąty i zasługuje ze wszech miar na uwzględnienie przez lekarzy praktyków i lekarzy chorób dziecięcych. Autor, prymaryusz i kierownik zakładu podrzutków w Wiedniu, przedstawia w niej krótko i przystępnie rozwój, fizyologię, patologię i terapię chorób noworodków i osesków, uwzględniając przytem wyniki najnowszych badań naukowych. Dziełko to zawiera pierwszą terapię wieku osesków, która mimo swej zwięzłości (143 stronic) może lekarzowi praktykującemu zastąpić obszerny podręcznik chorób dziecięcych, a i specyalista znajdzie w niej niejedną zajmującą wskazówkę.

Książka rozpada się na sześć rozdziałów, z których pierwszy obejmuje postępowanie z dzieckiem w pierwszym czasie po porodzie. Rozdział drugi poświęcony fizyologii noworodka i oseska, a zatem rozwojowi dziecka w pierwszych miesiącach życia, pierwszym objawom rozwoju umysłu i narządów zmysłowych, tłómaczy zmiany w ustroju, wchodzące jednak jeszcze w granice fizyologii. Rozdział trzeci omawia pielęgnowanie noworodka i oseska: autor przestrzega przed używaniem w pokoju dziecięcym lampek nocnych, jako niepotrzebnych, zniewieściających dziecko i psujących powietrze; w razie potrzeby radzi w każdej chwili świecę zaświecić. Wstrzymywać się z kąpielą dziecka do odpadnięcia pępowiny nie należy. W zimie wysyła się dzieci małe na spacer między godziną 11—4, w lecie między 9—11. przed nastaniem upału. W razie wilgotnego, mglistego powietrza, jakoteż silnych wiatrów wschodnich i północnych dzieci nie należy wysyłać. Wiele ostrożności potrzeba zachować w pierwszych dniach wiosny, w których tylko przy zupełnie suchej pogodzie, na miejsca słoneczne i to na krótko można wynosić dzieci. Do hartowania oseski się nie nadają. W rozdziale czwartym, nieco obszerniejszym, mówi autor o żywieniu niemowląt, oczywiście o żywieniu pokarmem matczynym, o wyborze mamki i o różnych sposobach żywienia sztucznego. Kawy i herbaty w pierwszym roku życia użyć można tylko jako lekarstwa; wyskoku zaś, nawet w tym celu tylko bardzo rzadko. Miękkie jaja można pozwolić dać oseskowi dopiero przy końcu pierwszego roku życia. Rozdział piąty, najobszerniejszy (55 stronic), jest alfabetycznie uporządkowanem zestawieniem chorób dziecięcych, nie wykluczając chorób skórnych, obrażeń, powstałych podczas porodu i t. p. Dzięki temu uporządkowaniu alfabetycznemu lekarz potrafi się w jednej chwili zoryentować. Nie brak tu i zwięzłego opisu choroby Barlowa. Choroby pępka w kilku miejscach są omówione, mianowicie: *arteriitis* i *phlebitis umbilicalis, excoriatio, blennorrhoea et gangraena umbilici, omphalitis* (lepiej *periomphalitis*), *sarcomphalus (fungus umbilici), omphalorrhagia;* spostrzegano także schorzenie błonicze rany pępkowej i wtedy należy wykonać leczenie surowicą. Jeśli wobec krwawienia z pępka nie skutkują leki ściągające, stosuje się przyżeganie przyrządem Paquelina lub wylanie lejka pępkowego miazgą z gipsu, lub wreszcie, jeśli ponowne podwiązanie nie jest możliwem, robi się podwiązanie pępka miąższowe (*en masse*).

Z mączek, używanych dla żywienia dzieci, R. odniósł najlepsze wyniki po użyciu mączki Kufekego i poleca zupę z tej mączki w schorzeniach przewodu pokarmowego i jako środek pomocniczy w sztucznem żywieniu osesków. Naturalnie, że żaden z reklamowanych sztucznych środków odżywczych nie potrafi zastąpić żywienia naturalnego pokarmem matczynym.

Napary anyżu, kopru lub kminku nie mają żadnej wartości w morzysku, gdyż wywołują one jeszcze odęcie. Zapalenie pęcherza moczowego zdarza się u osesków, jako powikłanie nieżytu jelitowego, a zwłaszcza przewlekłego. Błonica u noworodków i osesków występuje prawie zawsze jako pierwotna błonica nosa. Ale rzecz dziwna, że znajdujemy i w sapce jadowite prątki błonicze w wydzielinie śluzowej i śluzowo-ropnej, pomimo braku wszelkich objawów klinicznych błonicy, które też i następnie się nie zjawiają. Sapka przez ściekanie wydzieliny ku tyłowi wywołuje zapalenie krtani i oskrzeli, dlatego w sapce powinno się często nos czyścić małymi zwitkami waty; dziecko należy chronić przed nagłem ochłodzeniem i miejscowo stosować wziewania ciepłych rozczynów soli, ałunu, garbnika lub wkraplanie tych rozczynów kropleńcem, a następnie stosowanie 1% żółtej maści precypitatowej na oczyszczoną błonę śluzową zapomocą zwitków waty. Oprócz sapki, wywołującej zapalenie oskrzeli, sprawa ta bardzo łatwo się przenosi na oseski przez powietrze wydychane osób kaszlących, tak dorosłych, jak i dzieci. Jako zewnętrzny środek wykrztuśny, obok wziewań, okładów wysychających i t. d., zaleca R. leżenie na brzuchu, albo wprost kładzenie dzieci na brzuch kilka razy dziennie przez $\frac{1}{2}$—1 godziny, przyczem głowa ma być umieszczoną niżej niż miednica, a usta wolne i odsłonięte; przedtem jednak radzi on jeszcze postawić dziecko na 2—3 minut na głowę, trzymając je za nóżki. Jeśli oddychanie nie jest dostateczne, stosuje się wdychania tlenu lub wahania Schultzego. Płonica u osesków, zwłaszcza w pierwszym półroczu życia, jest bardzo rzadką; okres wylęgania nieokreślony, trwa bowiem 2—7, lecz także 1—14 dni. Surowicy przeciwpaciorkowcowej Mosera wstrzykiwano w ciężkich przypadkach po 60—200 cm.^{3} chorym dzieciom w wieku od 7—16 miesięcy. Wstrzykiwanie surowicy w tężcu noworodków odnosi jeszcze mierny skutek. Należy ją bardzo wcześnie stosować, w dawkach po 10 cm. sz. kilka razy dziennie. Zapalenie ślinianki przyusznej spostrzegano u osesków, chociaż rzadko; okres wylęgania trwa 7—22 dni. Wól nieraz jest wrodzony i istnieje wtedy prawie zawsze i u matki. Leczenie tyreoidyną w obrzęku śluzakowym i mongoliźmie noworodków należy rozpocząć dopiero nieco później. Zapalenie szpiku kostnego spostrzega się nieraz u osesków. Krztusiec nagabuje noworodki i oseski również często, jak i dzieci starsze, jednak najczęściej napady nie są typowe; wylęganie trwa 3—12. Odra również nagabuje noworodki i oseski. Kurcz głośni zdarza się już u noworodków jako wrodzony głos ostry (*stridor congenitalis*). Grypa często nagabuje noworodki i oseski; zimnicę spostrzega się u noworodków i osesków, tylko że u nich przebiega ona atypowo, często z drgawkami zamiast dreszczów. Kamicę żółciową, aczkolwiek rzadko, spostrzegano już u osesków; tak samo ostry żółty zanik wątroby. Marskość wątroby u osesków pochodzi prawie zawsze z kiły. Zapalenie nerek miąższowe z różnych przyczyn nie rzadko powstaje u noworodków i osesków; zapalenie śródmiąższowe z marskością pierwotną zdarza się w kile wrodzonej. Jeśli własna matka nie może karmić dziecka, chorego na kiłę wrodzoną, musimy go odżywiać

sztucznie, gdyż i przy największej ostrożności mamka zarazić się może. Ponieważ jednak niektórzy lekarze pozwalają wtedy na przyjęcie mamki, jeśli ona wprzód będzie uprzedzona o grożącem jej niebezpieczeństwie i mimo to dobrowolnie na to się zgodzi, R. uważa takie postępowanie za bezwarunkowo niedozwolone, gdyż mamka, mimo najdokładniejszego wyłuszczenia, nigdy nie może pojąć doniosłości prawdziwego zakażenia się kiłą. Za przyczynę wyprysku osesków uważa wielu zaburzenia w trawieniu i stąd też nazwa *crusta lactea* (ognipiór, słodki strup). Dlatego w leczeniu wyprysku osesków baczną należy zwracać uwagę na usunięcie zaburzeń jelitowych przez uregulowanie odżywienia. Ponieważ, jak wiadomo, przy wyprysku woda i mydło są szkodliwe, z drugiej strony jednak kąpanie osesków jest prawie niezbędne, trzeba od czasu do czasu stosować kąpiele z naparu kory dębowej lub otrąb. Również w liszaju pokrzywkowym (*lichen urticatus*) uznawanym przez niektórych za *urticaria chronica infantum*, (a przez Henocha za *lichen strophulus*), leczenie musi się skierować przeciw zaburzeniom jelitowym, a to przez uregulowanie dyety, zwalczanie zaparcia żywota i odkażenie jelit zapomocą ichtalbiny lub ichtoformu, 3 razy dziennie po 0·05 - 0·2 z czekoladą lub w mieszance 2·0—3·0: 100·0. Zewnętrznie stosuje się kąpiele z otrąb, z odwaru kory dębowej, z garbnikiem lub siarką, jakoteż maść glejtową (*diachylon*), maść z kwiatem siarkowym (*sulfur praecipitatum*), z octanem ołowiowym, oraz zasypki. Ropnie, tworzące się często u osesków, zalicza Riether do trądzika charłaczego (*acne cachecticorum*) lub *folliculitis abscedens*. Przy trądziku, czyrakach i wyprysku podaje się na wewnątrz 1—2 razy dziennie 0·25 drożdży piwnych (*fermentum cerevisiae*). Świerzb u osesków nie zawsze jest łatwy do rozpoznania, gdyż twarz, pośladki, brzuch i stawy częściej są zajęte, niż palce u rąk i nóg i wywołuje on często wypryski rozległe. Dla usunięcia małych naczyniaków należy probować pędzlowania kilka razy dziennie 5—10% kolodyonem ichtyolowym; takim samym rozczynem pędzlować należy wykwity rumienia guzowatego. Przy ropnem zapaleniu ucha środkowego dziecko powinno więcej leżeć na boku ucha słabego, by ułatwić wydzielanie się ropy.

Szósty, ostatni rozdział daje krótkie, również alfabetycznie uporządkowane zestawienie środków leczniczych i ich dawkowanie, uwzględniając i leki nowsze, jak rachitol, piridynę, petrosulfol i t. d. Zawarte tu są różne sposoby i zabiegi lecznicze, jak rozmaite kąpiele i ich stosowanie u dzieci, szczepienie krowianką, a również środki higieniczne i dyetetyczne. Pragnąłbym i z tego rozdziału podnieść jeszcze kilka szczegółów: najodpowiedniejszy sposób stosowania leków u osesków jest rozczyn i mieszanka. Jako środek przeciwgorączkowy zaleca R. między innymi lewatywy trwałe zimne, w których po lewatywie wypróżniającej wstrzykuje się do prostnicy 30—50 grm. zimnej wody studziennej o 12—15° C., którą przez ściskanie pośladków należy tamże przez 5 minut zatrzymać. W miejsce worka lodowego u osesków, n. p. w zapaleniu osierdzia, używa kondomu, mogącego służyć także za odbieralnik moczu dla osesków męzkich po naciągnięciu jego pierścienia gumowego na podstawę prącia i moszny. Wodę białkową poleca R. przygotowywać w sposób następujący: rozciera się jedno białko z 3—4 łyżeczkami cukru miałkiego, poczem dodaje się powoli pół lit. przegotowanej i znowu ostudzonej wody; dla działania podniecającego dodać można łyżeczkę koniaku. Wodę białkową trzyma się dobrze zakorkowaną i podaje się ją zwykle zimną; jeśli chcemy, by była ciepłą, należy ją ogrzać w łaźni wodnej powoli do 35° C., aby białko się nie ścięło. W końcu podaje autor zestawienie piśmiennictwa, z którego korzystał przy opracowaniu tej taniej, dobrej książki, stanowiącej dla praktyka treściwy podręcznik w leczeniu noworodków i osesków. *Dr. J. Fels.*

IV. Wyciągi.

CHIRURGIA. Dr. Richard Milner. **O tak zwanem wynaczynieniu zastoinowem z powodu wzmożonego ucisku, wywartego na tułów i o różnych jego przyczynach.** (*Deut. Zeitschrift f. Chirurgie*, Tom 76). Milner, analizując objawy przekrwienia zastoinowego, jakie występują w przypadkach znaczniejszego urazu w okolicy tułowia, jakoteż objawy występujące po napadach padaczkowych albo wymiotach, nieraz po kurczowym kaszlu i ciężkich porodach, przyczem nie może być mowy o biernem zmniejszeniu się pojemności jam tułowia, przychodzi do przekonania, że objawy wyżej wymienionego przekrwienia żylnego nie zostają wywołane tylko samym urazem, ugniatającym klatkę piersiową i jamę brzuszną i zmniejszającym ich pojemność. Jako objawy takiego przekrwienia podaje sinicę, obrzęk i wybroczyny w skórze głowy, które zależnie od warunków zewnętrznych, jak ubrania i t. p. kończą się na szyi lub nieco niżej, wybroczyny na błonach śluzowych jam twarzowych i we wnętrzu oczu i ucha; natomiast w samej czaszce wybroczyn nie ma, a świadomość zwykle zachowana. Mechanizm powstawania przekrwienia biernego tłómaczy autor z jednej strony brakiem zastawek w żyle próżnej górnej i w ż. ż. szyjnych, a z drugiej strony odruchowem napięciem powłok brzusznych i wdechowem ustawieniem klatki piersiowej, co wywołuje znaczniejszy dopływ krwi żylnej do klatki piersiowej. Jeżeli w chwili urazu lub nieco wcześniej zostaje zamknięta również i głośnia, a uraz zdąża do zgniecenia klatki piersiowej, to krew musi ujść jedną jedyną drogą, t. j. do żył szyjnych i ich rozgałęzień, a więc w obrębie głowy, gdyż żyły odnóg górnych posiadają zastawki. Lecz do wywołania następstw przekrwienia biernego, jakoto: obrzęku, wybroczyn, nie byłoby wystarczającem małą chwilkę trwające uciśnienie klatki piersiowej. Na to składają się dalsze czynniki, a mianowicie: nagromadzenie w żyłach CO_2, co powoduje rozszerzenie żył, a z drugiej strony ruchy zachowawcze uciśniętego, zdążające do wyswobodzenia się, co również wzmacnia ciśnienie w klatce piersiowej. Jako dowód występowania przekrwienia biernego w przypadkach urazowych w znacznej części wskutek działania mięśni przytacza te same objawy, występujące w padaczce, przy natężonych wymiotach, krztuścu i ciężkich porodach, przy których występuje wzmożenie się ciśnienia w jamach tułowia wskutek głębokiego wdechu, napięcia tłoczni brzusznej i zamknięcia głośni. Następnie odnosi objawy przekrwienia biernego głowy u uduszonych i powieszonych, u których jednak pętla nie uciska w zupełności wszystkich naczyń i nie tamuje krążenia, częściowo do utrudnionego krążenia, a częściowo do wzmożonego ciśnienia w klatce piersiowej wskutek świadomie lub nieświadomie wykonywania ruchów samozachowawczych. Jako dalsze przyczyny przekrwienia biernego wymienia autor natężenie urazu, czas trwania, obfitość krwi w ustroju, mniej lub więcej obfite rozwinięcie naczyń na głowie i ich podatność. Brak wybroczyn w mózgu tłómaczy niepodatność ścian jamy czaszki, wskutek czego ściany żył mogą się tylko zwolna, o ile ustępuje płyn mózgowo-rdzeniowy, rozszerzać i nigdy do tego stopnia, by mogły pęknąć. Częściej pękają tętnice, ale tylko u ludzi starszych, gdy są zwapniałe. Zaburzenia ze strony wzroku tłómaczy również wzmożonem ciśnieniem śródocznem. *Dr. Jarecki.*

Dr. Schulz. **O złamaniach członków palców** (*phalanges*). (*Deut. Zeitsch. f. Chir.*, Tom 76). Autor na podstawie przypadków częścią z piśmiennictwa, częścią z własnego dłuższego spostrzegania, zwraca uwagę, że złamania członków palców nie należą do rzadkości. Rzadko wprawdzie zostają rozpoznawane, a jako przyczynę tego podaje nieznaczne przesunięcie poszczególnych odłamków i bardzo często nieznaczne objawy podmiotowe. Od czasu jednak, jak zaczęto na to baczną zwracać uwagę i podejrzane przypadki badać promieniami Röntgena, liczba przytaczanych przypadków znacznie się zwiększyła. Na podstawie obrazów rentgenograficznych dzieli autor złamania na dwie kategorye, mianowicie na złamania trzonu i na złamania nasad stawowych. Do pierwszej zalicza złamania poprzeczne trzonu, przyczem zwykle występuje zboczenie i skręcenie członka, oraz złamania skośne i zdruzgotania. Jako objawy tych złamań podaje zgrubienie palca w miejscu złamania, brak ruchomości odłamków, nieraz trzeszczenie. Do drugiej kategoryi zalicza złamania w postaci T, Y (y) i V (v). Jako objawy podaje zmianę objętości członka w okolicy stawu, zmniejszenie się ruchomości i zboczenie od osi prawidłowej. Jako następstwo bardzo często sztywność palca, co tłómaczy się wielką trudnością przystosowania odłamków; pośrednią postać stanowią pęknięcia kości podłużne. Jako objawy podaje zmianę grubości całego członka i dość znaczną bolesność. Leczenie polega, jak we wszystkich złamaniach, na odprowadzeniu i ustaleniu złamanego palca. *Dr. Jarecki.*

Schlagintweit. **Przypadek bąblowca, umiejscowionego na zewnątrz i na wewnątrz czaszki.** (*Deut. Zeitsch. f. Ch.*, Tom 76). Autor opisuje przypadek, w którym chora miała cierpieć na bole głowy w okolicy karku, zwłaszcza po stronie prawej. Wkrótce miało się dołączyć uczucie zawrotu głowy, osłabienie wzroku i słuchu. Podmiotowo można było wybadać w okolicy karku guz chełboczący, którego nakłucie pozostało bez skutku. Badanie dna oka wykazało tarczę zastoinową i niedowidzenie połowicze od strony skroni. Zaburzenia wzroku wskazywały na możliwość kiły. Leczenie przeciwkiłowe pozostało bez skutku. Z objawów należało przypuszczać guz śródczaszkowy. Po otwarciu guza w okolicy karku wydobyto liczne pęcherzyki i haczyki bąblowca. Kość częściowo nadżarta, ale komunikacyi z jamą czaszki wykazać nie było można. Mimo tego, ze względu na objawy ze strony mózgu, przystąpiono do trepanacyi, która wykazała, że między kością a oponą twardą było drugie ognisko bąblowca wewnątrz czaszki. Dwa ogniska sąsiednie, nie zostające ze sobą w związku, tłómaczy autor jako przerzut drogą krwi. *Dr. Jarecki.*

Dr. T. Rovsing. **Sposoby oznaczania sprawności nerek przed wykonaniem na nich operacyi.** (*Arch. f. kl. Ch.*, 75 T., IV Z.). Żaden z dotychczasowych sposobów nie daje pełnej rękojmi sprawności drugiej nerki. Kryoskopia krwi jest sposobem w każdym kierunku niepewnym, a wyniki jej mogą z jednej strony narazić chorych, których operacya w rzeczywistości mogłaby uratować, na odmówienie im pomocy chirurgicznej; w innych zaś przypadkach jedynie przyspieszyć śmierć przez wykonanie operacyi. Kryoskopia moczu, próba florydzynowa i oznaczanie ilościowe mocznika są sposobami dobrymi, ale tylko w razie wyniku dodatniego, t. j. jeśli wykazują zupełną sprawność nerki. W razie wyniku ujemnego sposoby te nie usprawiedliwiają wykluczenia operacyi. Nie można bowiem przedewszystkiem z tego, że nerka obecnie nie działa prawidłowo, wnioskować, że i w przyszłości nie będzie działała. Doświadczenie tu poucza, że sprawa chorobowa nerki jednej może niekorzystnie działać na sprawność nerki drugiej, choćby zupełnie zdrowej i w tych przypadkach właśnie przez usunięcie sprawy chorobowej możemy znów nerkę drugą uczynić zupełnie sprawną. Oznaczanie ilościowe mocznika jest sposobem najprostszym, a ponieważ wyniki nie ustępują wynikom innych sposobów, przeto jest najwięcej polecenia godnym. Bardzo ważne znaczenie ma cewnikowanie moczowodów i badanie chemiczne, mikroskopowe i bakteryologiczne moczu, osobno wziętego z każdej nerki. Tą drogą bowiem wogóle możemy się przekonać, czy druga nerka istnieje, czy zawiera jakie składniki patologiczne i t. d. W poszczególnych przypadkach będziemy jednak zmuszeni odsłonić nerkę drugą, aby naocznie się przekonać o jej stanie i rozstrzygnąć o operacyi chorej nerki. *R.*

Dr. A. Krogius. **Doszczętne operacyjne leczenie przewlekłego wrzodu żołądka.** (*Arch. f. kl. Ch.*, 75 Tom, IV Z.). Na 61 przypadków wrzodu żołądka wyciął K. w 13 jużto samo owrzodzenie, już też okrężnie odźwiernik, — ze śmiertelnością 23%; w 48 zaś przypadkach założył przetokę żołądkowo-jelitową, względnie wykonał plastykę odźwiernika, ze śmiertelnością bezpośrednią 19%, a ogólną, t. j. wraz ze skrwawieniem się z wrzodu lub przebiciem wrzodu i następowem zapaleniem otrzewnej, — 31%. Ze względu na to K. sądzi, że jeśli w przebiegu wrzodu żołądka, nie zacieśniającego odźwiernika, wystąpi z jakiegokolwiek powodu wskazanie do operacyi, to należy wrzód wyciąć doszczętnie. Zakładanie przetoki żołądkowo-jelitowej, względnie plastykę odźwiernika, można tutaj uważać jedynie za operacye przygotowawcze. W przypadkach wrzodu zacieśniającego odźwiernik, a jeszcze nie zabliźnionego, operacya doszczętna jest sposobem idealnym, w wielu bowiem przypadkach zapomocą zabiegu jedynie łagodzącego nie zdołamy uczynić wrzodu nieszkodliwym. Podczas gwałtownego krwotoku z wrzodu, zagrażającego życiu chorego, należy wykonać operacyę. Po szczęśliwie przebytym krwotoku w przebiegu przewlekłego wrzodu należy również, jak to już dotychczas się działo po częstych a małych krwotokach, rozważyć konieczność operacyi doszczętnej. *R.*

Bier. **Leczenie ostrych ropień przekrwieniem biernem.** (*Münchener med. Wochenschr.*, Nr. 5, 6, 7, 1905). Na podstawie długoletniego leczenia spraw zapalnych zapomocą przekrwienia biernego, początkowo w przypadkach przewlekłych, później podostrych i ostrych, w których obecność ropy wykazano czy to nakłuciem próbnem, czy też nacięciem, uważa autor zastosowywanie środków przeciwzapalnych w tychże sprawach za błędne i kierując się przekonaniem, że oddziaływanie zapalne jako takie jest dla ustroju objawem korzystnym, zastosowuje w ich miejsce przekrwienie bierne, które samo przez się zapalenie spotęgowuje. Przekrwienie bierne wywołuje on w ten sposób, że powyżej ogniska zapalnego, o ile możności dosyć daleko od niego, zakłada uciskającą opaskę gumową. Opaska wtenczas założona jest dobrze, jeżeli na części obwodowej powstanie znaczny obrzęk, silne zaczerwienienie, a bolesność powoli ustępuje. Zasinienie i zwiększenie bolesności świadczy o zanadto silnym ucisku. Co do czasu trwania ucisku trzeba, zależnie od przypadku, indywidualizować. Jako najkrótszy czas podaje autor 10 godzin dziennie. Czas ten jednakowoż nie wystarcza w przypadkach cięższych, gdzie trzeba go przedłużyć od 20 do 22 godzin na dobę. W czasie przerwy układa się kończynę wysoko, by obrzęk w części ustąpił, zmienia ewentualnie opatrunek, poczem zakłada opaskę na nowo. Obecność zapalenia naczyń chłonnych nie przeszkadza założeniu opaski. Działanie przekrwienia biernego na przebieg ropienia jest nadzwyczaj energiczne. Bolesność zmniejsza się, a po jakimś czasie zupełnie ustępuje: obumarłe części tkanek szybko się oddzielają z utrzymaniem części, które przy dotychczasowych sposobach leczenia uważa się za stracone, ropienie zogniskowuje się, przez co unika się dużych nacięć i blizn pooperacyjnych, połączonych z upośledzeniem czynności. Obrzęki zapalne, zwiększające się jeszcze przez założenie opaski, mimo to zmniejszają się w krótkim przeciągu czasu, jako wyraz przytłumienia zakażenia. Następnie przytacza autor szereg przypadków, leczonych przekrwieniem biernem i dochodzi do następujących wyników: przekrwienie bierne wstrzymuje ropienie w samym początku zapalenia na tle przerzutów ropnych; ropnie zapalne zamienia na zimne; powoduje niekiedy zupełne znikanie ropni, przyczem zwraca autor uwagę na analogiczne znikanie ropni w przebiegu zapaleń wyrostka robaczkowego i szpiku kostnego pod wpływem nadzwyczaj silnego odczynu zapalnego w tych narządach. W przypadkach ropienia w większych stawach (kolanowym, barkowym, łokciowym) zastosowywał B. obok przekrwienia biernego (wbrew dotychczasowemu postępowaniu) ruchy bierne, które miały na celu utrzymanie ruchomości stawu, z wynikiem dodatnim. Z takim samym wynikiem zastosowywał to leczenie przy zapaleniu ropnem pochewek ścięgnistych, przyczem w razie obecności większych ropni nacinał je i przepłókiwał roztworem soli kuchennej, podobnie jak przy ropniach, towarzyszących ostrym zapaleniom szpiku kostnego. Wobec znakomitych wyników, jakie autor osiągnął z zastosowania tej metody, zaleca ją z początku w przypadkach lżejszych zapaleń, przechodząc stopniowo do cięższych, a to celem zyskania odpowiedniej techniki i doświadczenia. W końcu dodaje, że używanie środków drażniących skórę, jakoteż wyższej ciepłoty datuje się od bardzo dawnych czasów, jednakowoż skuteczne działanie ich przypisywano mylnie nie przekrwieniu, nimi wywołanemu, ale własnościom odciągającym. Obecnie dostatecznie rozwiniętą jest technika w wytwarzaniu przekrwienia w kończynach i głowie; dalsze doświadczenia dotyczą sposobów wytwarzania tegoż na innych częściach ciała zapomocą przyrządów z rozrzedzonem powietrzem. *Dr. Jossé.*

Dr. Klapp. **Leczenie spraw zapalnych zapomocą przyrządów ssących.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 16, 1905). Zastosowanie miejscowo przekrwienia biernego na tułowiu umożliwiają przyrządy, zapomocą których można wywołać obniżenie ciśnienia atmosferycznego. Przyrządów takich na wzór buta Junoda używał już Bier celem wywołania silnego przekrwienia na kończynach. Z powodu niezadawalniających wyników, jakie dają dotychczas używane metody leczenia zapaleń sutka (Billroth, Angerer, Bardenheuer, Boeckel), zajął się autor pierwotnie doświadczeniami w leczeniu tego cierpienia przekrwieniem biernem. W tym celu na obnażony sutek nakłada on dzwon szklany o średnicy około 20 cnt., o ścianach grubych, brzegu wywiniętym, gładkim, silnie przylegającym do skóry, na którego szczycie znajduje się szyjka, zaopatrzona w korek gumowy z otworem dla rurki szklanej, którą zapomocą rurki gumowej łączy z pompką ssącą. Z chwilą gdy pompka zaczyna działać, obniża się ciśnienie w dzwonie, wskutek czego sutek wypukla się, a skóra, z początku blada, zabarwia się stopniowo różowo, potem silnie czerwienieje z odcieniem sinawym. Równocześnie chora doznaje uczucia pełności w sutku, później znacznego napięcia, podwyższenia ciepłoty i lekkiego mrowienia. Czas trwania jednego posiedzenia wynosi w pierwszych dniach $^{3}/_{4}$—1 godz., później 20—30 min., działając przez 5—6 minut z przerwami kilkuminutowemi, celem uniknięcia zupełnego zastoju w krążeniu. Zaraz po pierwszem posiedzeniu zmniejszają się lub ustępują zupełnie bole, a z nimi i bezsenność chorej. Przebieg gojenia bywa rozmaity, zależnie od tego, w jakim okresie jest sprawa zapalna. Nacieki mniejsze w początkach zapalenia znikają już po dwóch dniach. Również w przypadkach, w których wykazano ropnie, sprawa chorobowa przebiega nadzwyczaj szybko. Te ostatnie autor nacina, poczem zabliźniają się znacznie prędzej przy równoczesnem wydzielaniu się znacznych ilości ropy i krwi w czasie posiedzenia; tkanki obumarłe rychło się oddzielają, przyczem oszczędza się dużo tkanki gruczołowej. Z 15 przypadków, leczonych przez autora, w czterech obeszło się bez nacinania. Czas leczenia wynosił przeciętnie 3 tygodnie. Zachęcony znakomitymi wynikami w leczeniu zapaleń sutka, zasto-

sował autor w dalszym ciągu przekrwienie bierne w przeszło 100 przypadkach czyraków, czyraków gromadnych, zanokcic, ropni i zakażeń, wywołanych ukłuciem owadów. W tym celu robił rozmaite przyrządy zależnie od miejsca i części ciała, na której miał wywołać przekrwienie. Podobnie, jak przy zapaleniach sutka, we wszystkich tych sprawach przebieg był nadzwyczaj pomyślny i szybki. Istniejącą ropę wypuszczał przed posiedzeniem zapomocą małych nacięć, przez co uniknął tworzenia się wielkich szpecących blizn. Wreszcie zwraca autor uwagę na to, że najważniejszym czynnikiem przy stosowaniu tej metody jest stopień wywołanego przekrwienia biernego, jakoteż czas trwania jego, szczególnie w pierwszych dniach leczenia. Tylko w miarę stopniowo nabytego doświadczenia i odpowiedniej techniki uzyskać można zadawalniające wyniki.

Dr. Jossé.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Dr. C. J. Gauss. **O bezpośredniem mierzeniu sprzężnej wchodu położniczej przy pomocy narzędzi.** (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, T. 54, Z. 1, 1905). Przedstawiwszy pokrótce wszystkie dotychczasowe sposoby obliczania długości sprzężnej wykazuje autor, iż żadna z tych metod nie daje pewności dokładnego jej wybadania. Tem większą więc zasługę stanowi najnowsze usiłowanie Bylickiego, mierzenie zapomocą bardzo prostego przyrządu bezpośrednio sprzężnej wchodu. Metoda jego jest zasadniczo podobna do metody Ahlfelda, który próbował zapomocą rozmaitej długości sztabek zmierzyć sprzężnę wchodu bezpośrednio przez powłoki brzuszne. Bylicki jednakowoż obrał do tego nie drogę brzuszną, lecz próbował tego samego od strony pochwy. I myśl ta jest ogromną jego zasługą. Instrumentaryum jego składa się z szeregu sztabek metalowych, zgiętych esowato podwójnie pod kątem prostym. Jedno z wolnych ramion stanowi rękojeść, drugie natomiast służy jako miara. Szereg zaś jest zestawiony w ten sposób, że wolne te ramiona, służące do pomiarów, są stopniowo od siebie o $\frac{1}{2}$ ctm. dłuższe. Sposób użycia jest dość prosty. Wprowadza się do pochwy ramię, służące do miary i dobierając stosowną długość, opiera się jeden koniec ramienia na wzgórku kości krzyżowej, drugi, zwrócony ku rękojeści, na najbardziej wystarczającym punkcie tylnej ściany spojenia łonowego. Autor, przeprowadziwszy pomiary na licznym materyale, miał sposobność sprawdzić dokładność tych badań od strony brzucha w paru przypadkach podczas sekcyi poprzednio badanych kobiet, raz zaś przy cięciu cesarskiem. We wszystkich tych przypadkach pomiary, wzięte poprzednio od strony pochwy, zgadzały się prawie co do milimetra z pomiarami bezpośrednimi od strony brzucha. W innych zaś przypadkach poddał autor pomiary swoje pomiarom sprawdzającym innych lekarzy, a różnice nie dochodziły do $\frac{1}{4}$ ctm. Na podstawie tych badań wykazuje autor, jak znaczne korzyści można osiągnąć, mając możność dokładnego obliczenia sprzężnej wchodu. Daleko pewniej możemy wówczas stawiać wnioski co do przebiegu, jak i prowadzenia porodu przy miednicach ścieśnionych, jak również mamy możność prowadzenia statystyki porównawczej co do częstości ścieśnionych miednic, jak i co do przebiegu porodów przy różnego stopnia ścieśnieniach miednic. Mając możność obliczenia dokładnego sprzężnej wchodu, można poznać, jak znaczne korzyści osiąga się podczas porodów przy ścieśnionych miednicach przez tak zwane „ułożenie Walchera". W końcu autor zajmuje się techniką pomiarów zapomocą instrumentaryum Bylickiego, jak również stara się usunąć źródło błędów w obliczaniu, pochodzące z wad samego instrumentaryum, przez odpowiednie zmodyfikowanie kształtów.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

J. Wallart. **W sprawie zmian w jajnikach przy zaśniadzie groniastym i przy ciąży prawidłowej.** (*Zentr. für Gyn.*, 1895, Nr. 13). L. Seitz opisując dawniej znane zmiany w jajnikach, towarzyszące zaśniadowi groniastemu, a objawiające się w postaci licznych torbielków luteinowych, dodaje, że na podstawie dalszych badań doszedł do przekonania, że przytoczone zmiany spotyka się również w ciąży prawidłowej. W. przypomina, że przed rokiem ogłosił obszerną pracę w tym samym przedmiocie, że doszedł wówczas do zgodnych wyników, że nadto z doświadczeń jego wynika, iż rzeczone zmiany w jajnikach spotyka się dość często także poza okresem ciąży, n. p. przy zmianach w przydatkach na tle rzeżączki, — że zatem nie stanowią one dla ciąży wogóle nic charakterystycznego.

B. Wojciechowski.

A. Mynlieff. **Śródnerkowe ciśnienie jako jedna z przyczyn drgawek porodowych.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 13). Wobec ogólnych usiłowań wytłómaczenia drgawek porodowych, jako następstwa zatrucia toksynami, zapomina się niesłusznie, zdaniem autora, o możliwości wpływów mechanicznych. Wnosząc z objawów klinicznych, jakoteż z badań pośmiertnych, sądzi M., że zdarzają się wprawdzie przypadki, w których zdaje się przeważać wpływ toksyn, lecz że widujemy również inne, w których wpływ mechaniczny łatwiej tłómaczy cały obraz chorobowy; — niekiedy wreszcie zdają się współdziałać oba czynniki. W późniejszych miesiącach ciąży zostają moczowody uciśnięte bądźto przez główkę płodu, bądź też przez guz maciczny jako taki, co wywołuje podniesienie ciśnienia w moczowodach i miedniczkach nerkowych, udzielenie się tego ciśnienia miąższowi nerkowemu, utrudnienie odpływu żylnego, w końcu obrzęk miąższu. Z powodu niepodatności torebki nerkowej nie dosięga obrzęk nigdy dużego stopnia, tylko powstaje niejako uwięźnięcie miąższu nerkowego, a wraz z tem gwałtowne upośledzenie funkcyi nerki. Tak więc może powstać bezmocz nawet bez szczelnego zaciśnięcia moczowodu. Rozszerzenie moczowodu stwierdza się przy sekcyi dość często, a istnieje może przejściowo za życia zapewne znacznie częściej, jeżeli się uwzględni elastyczność i kurczliwość ścian jego. Stłuszczenie nabłonków wskazuje w danym przypadku na przewagę wpływu toksycznego, taksamo, jak innym razem rozszerzenie kanalików i spłaszczenie komórek przemawiają za wpływem mechanicznym. Operacya Edebohlsa, polegająca na przecięciu torebki nerkowej, celem zwolnienia miąższu nerkowego z wysokiego ciśnienia, ma zdaniem M. dużą przyszłość w leczeniu drgawek porodowych.

B. Wojciechowski.

S. Pattelani. **W sprawie zmian w jajnikach przy guzach pochodzących z syncytyum i przy zaśniadzie groniastym.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 13). Powiększenie jajników przez wytworzenie się torbieli luteinowych towarzyszy bardzo często cierpieniom, w tytule wymienionym. P. przytacza obfite piśmiennictwo, dotyczące tej sprawy i wylicza 84 odnośnych przypadków. Nierzadko bywa jajnik powiększony do wielkości pięści i często przybiera kształt nerkowaty, — który nawet już wyzyskano kilkakrotnie w celach rozpoznawczych.

B. Wojciechowski.

F. Ahlfeld. **W sprawie unikania krwotoków w trzecim okresie porodu.** (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, T. 54, 1, 1905). Autor ostrzegając przed zbytnim nadużywaniem zabiegu Credégo, który wykonany bezpotrzebnie lub nieumiejętnie sprowadza często jużto silne krwotoki atoniczne, jużto pozostawanie w jamie macicy resztek łożyska, sprowadzające obok krwawienia także nieraz przebieg gorączkowy połogu, a nawet zejście śmiertelne, kładzie nacisk na tę okoliczność, iż nie zawsze trzeba zachowywać się wyczekująco. I uzasadnia to twierdzenie w ten sposób: Wiadomo jest, że im większe dziecko, tem większa także powierzchnia łożyskowa i samo łożysko. Jeżeli zatem ciężar dziecka wynosi mniejwięcej 4000 gr., to łożysko może być tak duże, iż pomimo całkowitego odklejenia się od ścian macicy przez ujście wewn. nie może wydobyć się na zewnątrz. Wówczas nagromadzająca się powyżej krew nie pozwala dostatecznie kurczyć się ścianom macicy, tworzy się pozałożyskowy krwiak tak, że ilość utraconej wówczas krwi dochodzić może do 100 gr. lub więcej. Jeżeli więc mamy podejrzenie na tego rodzaju powikłanie, wówczas błędem byłoby czekać na dobrowolne odejście łożyska, lecz należy natychmiast przystąpić do zabiegu Credégo. Podejrzywać zaś to powikłanie należy zawsze wówczas, jeżeli urodziło się dziecko o wadze 7—8 funtów, a trzon macicy przed odejściem łożyska zbyt szybko powiększa się ku górze. Ażeby zaś odróżnić, czy przypadkowo nie zachodzi zbyt silne przyczepienie się łożyska do ściany macicy, radzi autor zawsze oznaczać zapomocą osobnej podwiązki, jak dużo pępowiny zwisa bezpośrednio po urodzeniu się dziecka, gdyż tem samem mamy kontrolę obniżania się łożyska. Razem bowiem z obniżaniem się łożyska wysuwa się coraz to znaczniejsza partya pępowiny na zewnątrz.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

F. Ahlfeld. **Czy zapobiegawcze oczyszczanie pochwy wpływa na chorobliwość kobiet w połogu.** (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, T. 54, 7, 1, 1905). O ile zapobiegawcze przepłókiwanie pochwy przed porodem wpływa na zdrowie w połogu, to może wykazać statystyka i badania bakteryologiczne. Autor, zebrawszy statystykę z 20 lat, wykazał, że w tych latach, gdzie przed każdym porodem przepłókiwano pochwę, miano na 1000, 662 połogów bezgorączkowych. W latach zaś, w których umyślnie tego zaniechano, chorobowość zwiększyła się o 15%. Szczególnie pomyślne wyniki były w połogach po porodach operacyjnych, jak wywołanie przedwczesnego porodu, obrotu wewnętrznego, uwolnienia rączek i wydobycia główki przy położeniach miednicowych. I tak: przy wywołaniu przedwczesnych porodów miano 70,4% połogów bezgorączkowych; przy obrotach wewnętrznych 68,6%, a przy porodach miednicowych 68,9%. Jako stan gorączkowy uważał autor wszystkie przypadki, w których ciepłota przekraczała 38°. Badania bakteryologiczne zaś wykazały, że przez przepłókiwanie pochwy paciorkowce, znajdujące się w pochwie, wprawdzie nie zupełnie giną, ale liczba ich tak znacznie się zmniejsza, że niebezpieczeństwo zakażenia bez porównania maleje. Do przepłókiwań radzi autor używać 3% roztworu zmydlonych krezoli.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

Dr. G. Martin. **Zdolność karmienia.** (Z krajowej szkoły położniczej w Stuttgardzie. *Archiv f. Gynack.*, T. 74, Z. III, 1905). Na podstawie bardzo licznej (8974 przyp.) statystyki szkoły położniczej w Stuttgardzie zaprzecza autor zdaniu, jakoby zdolność matek do karmienia wogólności się zmniejszała (czy to jako wyraz pewnego zwyrodnienia rodu, czy też alkoholizmu ojców i t. d.). Owszem, w miarę nabytego doświadczenia zmniejszyła się liczba przeciwwskazań do karmienia piersią matki tak, że w ostatnich latach zdolność karmienia wynosiła w szkole sztuttgardzkiej 100%, lub prawie 100%. Od pierwszego dnia podawano położnicom obficie mięso i jarzyny obok chleba, mleka i zupy. Z zestawienia wagi osesków wynika, że pierwotną swą wagę przy urodzeniu osiągło:

z dzieci karmionych wyłącznie piersią:
w dniu 8-mym 40,9%, w dniu 13-tym 59,8%,
z dzieci karmionych piersią i flaszką:
w dniu 8-mym 25,9%, w dniu 13-tym 35,6%,
z dzieci karmionych wyłącznie „flaszką“:
w dniu 8-mym 9,3%, w dniu 13-tym 13%.

Istnienie wad sercowych niewyrównanych, chorób nerek, nie uważa autor za przeciwwskazanie do karmienia; nie odbija się to ani na zdrowiu matki, ani dziecka, owszem — w tego rodzaju przypadkach niewyrównanie szybko ustępowało, a białko znikało z moczu. I dla kobiet z innemi schorzeniami karmienie jest korzystnem, chroniąc je do pewnego stopnia przed nową ciążą, przedstawiającą dla ich stanu większe niebezpieczeństwo, sprzyja przytem lepszemu zwijaniu się narządów rodnych i zapobiega późniejszym nieprawidłowym położeniom i atonicznym krwotokom. Niebezpieczeństwo przeniesienia gruźlicy jest minimalne, a w każdym razie mniejsze, niż późniejsze stałe zetknięcie się matki z temże dzieckiem. I kiła nie stanowi przeciwwskazania bezwzględnego: zakażenie bezpośrednie daje się uniknąć przy zastosowaniu „kapelusików skandynawskich“; podług zaś nowych zapatrywań mleko posiada własności uodporniające. Przeciwwskazaniem, zdaniem autora, są jedynie choroby wycieńczające, jak daleko posunięta gruźlica, ciężkie schorzenia krwi, z drugiej znowu strony choroby zagrażające dziecku, n. p. róża, choroby umysłowe (te ostatnie stanowią tylko przeciwwskazania względne). Doświadczenie autora poucza, że każda kobieta, z bardzo małymi tylko wyjątkami, jest zdolna karmić dziecko własną piersią i że to żywienie lepiej dzieciom służy, niż karmienie połowicze, a tem mniej wyłącznie flaszkowe. Ilość pokarmu nie zależy od rozmiarów gruczołu, lecz od siły podniet i podrażnień, działających na sutek. Podniety są ośrodkowe i obwodowe; w zwykłych warunkach podnietą działającą odruchowo jest czynność samego ssania. O podnietach ośrodkowych pouczają znane fakta jędrnienia i napełniania się gruczołów sutkowych u niektórych matek na płacz dziecka. Jeszcze stary Busch wypowiedział zdanie, że wydzielanie gruczołu mlecznego zależy wiele od miłości matki do dziecka. Z drugiej strony przykre wrażenia i stany przygnębienia wpływają niekorzystnie na czynność wydzielania pokarmu. Pośrednio wpływa na energię wydzielniczą stan pojęć etycznych i uczuciowość matki. Kobiety podupadłe etycznie, uważające dziecko za przedmiot swego utrapienia, odbierający im sen, wyciągający z nich soki żywotne, wpływający na figurę i t. d., niepochopne są do karmienia i łatwo ulegają podszeptom „życzliwych“, godząc się na sztuczne karmienie, w czem dopomagają modne obecnie reklamy środków odżywczych. Niezdolność karmienia nadaje się do leczenia przedewszystkiem psychicznego: w interesie społeczeństwa należy zwalczać mylne pojęcia, poddawane ogółowi, że karmienie dla wielu kobiet jest szkodliwem i pouczyć go o odmiennym stanie rzeczy. Dziecko należy przystawić do piersi możliwie rychło; — wskazówkę w tym kierunku daje nam przykład zwierząt ssących, oraz spostrzeganie matek „niedoświadczonych“, sobie samym pozostawionych. Mniej na tem cierpi matka, bo dziecko pierwsze swe jeszcze nieudolne ruchy ssania robi na piersi wiotkiej, mniej tkliwej, — brodawka przez wczesne przyłożenie lepiej się wyciąga, spadek wagi dziecka w pierwszych dniach życia szybciej się wyrównywa. Autor zakończa zdaniem Heubnera, że „lekarz, udzielający dyspenzy matce, zdolnej do karmienia, grzeszy nietylko wobec noworodka, lecz zawinia wobec całego pokolenia“. *Dr. Stanisław Przybylski.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. L. Müller. **O stanie padaczkowym połowiczym (hemiepileptycznym) samoistnym.** (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk.*, B. 28. Nr. 1, 1905). Przeważna część autorów jest zdania, iż t. zw. Jacksonowska padaczka, t. j. jednostronny napad padaczkowy, zwłaszcza połączony z następowem przemijającem porażeniem, nie zdarza się w samoistnej padaczce, ale jest zawsze objawem ogniskowego schorzenia mózgu (n. p. nowotworu, zranienia, ucisku i t. d.). W ostatnich czasach pojawiają się w odnośnem piśmiennictwie pewne ograniczenia tej zasady; jednak i ci autorowie, którzy przyznają, iż połowicze napady mogą wyjątkowo występować i w samoistnej padaczce, twierdzą, iż różnią się one od napadów Jacksonowskich prawdziwych ciężkością i częstością napadów, tudzież że one nigdy nie doprowadzają do stanu padaczkowego jednostronnego, a tem mniej do śmierci. Autor opisuje 7 przypadków, w których ciężki stan padaczkowy połowiczy (*status hemiepilepticus*) zakończył się śmiercią, a sekcya nie wykazała żadnych ogniskowych zmian w mózgu, aczkolwiek napady miały zupełnie cechy padaczki Jacksonowskiej. Ósmy przypadek stanu padaczkowego jednostronnego zakończył się wyleczeniem. Poznanie tego rodzaju przypadków ma wielkie praktyczne znaczenie. Uczą one bowiem z jednej strony, jak ostrożnym trzeba być w doradzaniu operacyi w przypadkach padaczki Jacksonowskiej, z drugiej, że padaczka taka, nawet samoistna, może częściej, niż dotychczas przypuszczano, przejść w stan padaczkowy i zakończyć się śmiercią. *Dr. Rydel.*

J. Piltz. **Przyczynek do poznania rozszczepienia czucia ciepła i bólu w zranieniach i chorobach rdzenia.** (*Neurolog. Centralblatt*, Nr. 6, 1905). Autor na podstawie dokładnie zestawionego piśmiennictwa, tudzież trzech bardzo starannie zbadanych i spostrzeganych przypadków (rana kłuta rdzenia piersiowego, zapalenie opon i rdzenia z ucisku w okolicy szyjnej górnej i próchnienie kręgów) dochodzi do całego szeregu wniosków, z których jedynie najważniejsze przytaczamy: 1) Drogi, przewodzące przez rdzeń czucie bólu i ciepłoty biegną korzonkami i rogami tylnymi przez spoidło tylne do istoty szarej strony przeciwnej, a stąd do sznurów przednio-bocznych i ich części najbardziej obwodowej (sznury Gowersa?). 2) Drogi te składają się z dwóch neuronów: komórka pierwszego z nich leży w zwoju rdzeniowym, komórka drugiego w substancyi szarej strony przeciwnej. 3) Jeżeli zmiana chorobowa dotyka pierwszego neuronu, zmiany w czuciu bólu i ciepłoty leżą po tej samej stronie; po przeciwnej zaś, gdy zajętym jest drugi neuron. 4) Ograniczona zmiana chorobowa w substancyi szarej powoduje ograniczoną i strefowo rozłożoną zmianę czucia. 5) Zmiana w sznurach przednio-bocznych, względnie w sznurach Gowersa, powoduje zmianę czucia skrzyżowaną, leżącą poniżej ogniska chorobowego w rdzeniu, a sięgającą aż do palców stopy. 6) Strefa zniesienia czucia cieplnego po tej samej stronie, wywołanego zmianą w pierwszym neuronie, sięga aż bezpośrednio do wysokości tej zmiany, podczas gdy strefa zniesienia tego czucia po stronie przeciwnej, wywołanego zmianą w rogu przednim, leży o 4 kręgi niżej od zmiany chorobowej. 8) Górna granica zupełnego zniesienia czucia cieplnego po stronie przeciwnej, wywołanego zmianą w sznurach przednio-bocznych, leży aż 6—7 kręgów niżej, aniżeli ta zmiana. 9) W tym ostatnim przypadku możemy w razie objawów porażnych wykluczyć zajęcie dróg piramidalnych, a co za tem idzie, spodziewać się ustąpienia tych objawów. 10) Przy zupełnem skrzyżowanem zniesieniu czucia cieplnego istnieje często w górnej jej części rozszczepienie zmian poszczególnych rodzajów czucia tak, iż znieczulenie na ciepło sięga najwyżej, znieczulenie na ból niżej, a znieczulenie na zimno najniżej. 11) Znieczulenie na zimno osiąga swoje *maximum* przy ciepłocie 0° C., znieczulenie na ciepło przy 50° C. *Dr. Rydel.*

L. Feilchenfeld. **Podpis porażonych.** (*Aerztliche Sachverständigen-Zeitung* 1905, Nr. 6). Wiadomo, że pismo porażonych okazuje często znaczne zaburzenia. Erlenmayer rozróżnia dwie postacie tych zaburzeń, mianowicie psychiczno-czuciową, polegającą na utracie obrazów pamięciowych i wyobrażeń ruchowych i postać graficzno-mechaniczną, t. j. zaburzenia bezładne (atakteyczne) w połączeniu z pismem drżącem. F. przeglądając akta pewnego Towarzystwa ubezpieczeń, napotkał na 18 przypadków, w których ubezpieczeni już w krótkim czasie, bo w dwa tygodnie do pięciu lat po ubezpieczeniu zapadli na typowe porażenie postępujące. W tych 18 przypadkach 7 podpisów okazywało wyraźne cechy pisma porażnego. Dlatego lekarz towarzystw ubezpieczeń na życie powinien zwrócić baczną uwagę na podpis chcącego się ubezpieczyć, jako na jeden z wczesnych objawów porażenia postępującego. Należy mianowicie uważać na to, czy podpis nie jest drżący, niepewny lub nierówny, czy litery nie mają różnych wymiarów, czy nie są pisane raz pod linią, a raz nad linią, lub czy jedna litera nie jest wpisana w drugą. Takie podpisy świadczą o zaburzeniach bezładnych (atakteycznych). Następnie zwracać należy uwagę, czy nie brakuje niektórych liter, i czy one nie są poprzestawiane. Formularz orzeczenia lekarskiego dla Towarzystw ubezpieczeń na życie powinien zatem zawierać i pytanie, czy lekarz znajduje zmiany podejrzane w piśmie (oczywiście niektóre towarzystwa już to zaprowadziły. *Sprawozd.*), a lekarz badający nie powinien się zadowolić samym podpisem nazwiska, w czem każdy posiada wielką wprawę tak, że nawet i wobec początkującej choroby dobrze je napisze, lecz wymagać powinien od badanego próby pisma. *Dr. J. Fels*

G. Catòla. **O odruchach brzusznych w przebiegu wiądu.** (*Neurol. Centralblatt* 1905, Nr. 1). Zapatrywania autorów co do zachowania się odruchów brzusznych w przebiegu wiądu różnią się między sobą. Gdy jedni uważają, iż odruchy te są często w wiądzie wzmożone, inni twierdzą, że raczej zanikają, jeszcze inni, iż ulegają wzmożeniu we wczesnych, a zanikowi w późnych okresach wiądu. Autor na podstawie statystyki, obejmującej 38 przypadków, przychodzi do przekonania, iż między wiądem a zachowaniem się odruchów brzusznych niema żadnego stałego związku.

Dr. Rydel.

K. Mendel. **Przyczynek do kwestyi porażenia wiądowego, a kiły.** (*Neurol. Centralblatt* 1905, Nr. 1). Autor podaje następujące trzy przypadki, dowodzące ścisłego związku, jaki zachodzi między kiłą, a wiądem, względnie porażeniem wiądowem: 1) Chłopiec 10-letni, którego ojciec przebył kiłę i obecnie cierpi na wiąd, a którego matka doznaje bardzo podejrzanych bolów w nogach, okazuje od szeregu lat wszystkie objawy niewątpliwego porażenia postępującego. 2) Chłopak 17-letni przedstawia typowe objawy porażenia wiądowego. Jego matka została zakażona kiłą przez swego pierwszego męża i udzieliła go ojcu pacyenta. 3) Starzec, liczący 69 lat, cierpi na wiąd od lat dwóch, przebył zaś kiłę przed 18-stu. Podczas gdy dwa pierwsze przypadki dowodzą istnienia jeszcze do niedawna niezupełnie stwierdzonego wiądu, lub porażenia wiądowego na tle dziedzicznej kiły, trzeci okazuje, iż wyjątkowo późnemu rozpoczęciu się wiądu odpowiada również niezwykle późne zakażenie się kiłą.

Dr. Rydel.

J. Kollarits. **Nowotwory przysadki mózgu bez akromegalii.** (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Tom 28, Zeszyt 1, 1905). Stałe istnienie guzów przysadki mózgowej w akromegalii skłoniło Mariego do uważania ich za powód tej choroby. Związek między istnieniem tych guzów, a akromegalią upatrywali jedni we wzmożeniu, inni w zmniejszeniu, inni wreszcie w jakościowej zmianie czynności tego narządu. Żadne jednak z tych przypuszczeń nie może być prawdziwem, gdyż znane są przypadki zarówno takie, w których narząd ten został doszczętnie zniszczony, jak i takie, w których tylko jego wielkość uległa zmianie, budowa jednak mikroskopowa żadnych nieprawidłowości nie przedstawiała. Autor stawia kwestyę odwrotnie i zapytuje, czy istnieją przypadki zmian przysadki mózgowej, któreby przebiegały bez objawów akromegalii? W piśmiennictwie udało mu się wynaleźć 53 przypadki, w których mimo braku akromegalii sekcya wykazała istnienie guza przysadki mózgowej. Zestawienie tych przypadków uwidocznia, iż w niektórych z nich cierpienie rozpoczęło się w młodocianym wieku, a więc w czasie, w którym akromegalia najczęściej występuje, tudzież, że w niektórych z pomiędzy nich przysadka była doszczętnie zmieniona, a więc braku objawów akromegalii nie można tłómaczyć częściowem zachowaniem przysadki. Autor podaje nadto dwa podobne przypadki, przez siebie samego dokładnie spostrzegane, w których nie było za życia objawów akromegalii, a sekcya mimo to wykazała guzy przysadki. Stąd też jedyny możliwy wniosek, iż guzy przysadki, jakie się znachodzą w akromegalii, uważać należy za objaw tej choroby, równorzędny z nadmiernym rozrostem końcowych części ciała, a nie za jej przyczynę.

Dr. Rydel.

L. Bregman. **Odruchy ścięgniste a zmiany czucia w wiądzie rdzenia.** (*Neurol. Centralblatt* 1905, Nr. 1). Ustalone jest dzisiaj przekonanie, iż odruch ścięgna Achillesa częstokroć w początkach wiądu wcześniej znika, niż odruch kolanowy, a odpowiednie statystyki rożnych autorów wykazują, iż w początkowych okresach wiądu częściej bywają zachowane odruchy kolanowe, niżli ścięgien Achillesa. Stąd wielka wartość rozpoznawcza tych ostatnich we wczesnych okresach tej choroby. Anatomicznie odpowiada temu brakowi odruchów ścięgna Achillesa zajęcie krzyżowych członów rdzenia; stąd zaś wynika, iż właśnie w tej wysokości ukazują się pierwsze zmiany w rdzeniu. Autor zadał sobie pytanie, czy we wczesnych okresach wiądu nie zdarzają się jeszcze jakieś inne objawy kliniczne, wskazujące również na zajęcie tej części rdzenia? — I rzeczywiście; doświadczenie uczy, iż bardzo często zmiany czucia rozpoczynają się w okolicach, odpowiadających najniższym częściom rdzenia, a więc na podeszwach, na zewnętrznych powierzchniach podudzi, w okolicy rzyci i międzykrocza. Można jednak stwierdzić, iż te zmiany występują przeważnie później, aniżeli zanik ścięgien Achillesa; stąd wniosek, iż wogóle odruchy zanikają wcześniej, niż czucie w odpowiednich segmentach.

Dr. Rydel.

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

H. Zechmeister. **Przyczynek do wewnętrznego leczenia rzeżączki cewki moczowej.** (*Allgem. med. Centr. Ztg.* Nr. 46 i 47, 1904). W wojskowym szpitalu w Poli leczył autor 66 chorych na rzeżączkę, u których już przed przyjęciem do szpitala istniały powikłania, podając 4 razy dziennie po 2 kapsułki *gonosanu* (w ciepłem mleku, lub po jedzeniu). Równocześnie stosowano także zabiegi zewnętrzne, jak wstrzykiwanie protargolu, irygacye, wkraplania Guyonowskie do cewki. Autor przekonał się, iż chorzy znoszą ze wszystkich żywicznych leków najlepiej gonosan i to nawet po dłuższem zażywaniu; działa on moczopędnie, zmniejsza wydzielinę, obniża popęd płciowy i utrzymuje mocz stale kwaśno. Skutkiem tych własności można lek ten polecić we wszystkich tych przypadkach, w których bardzo trudno obejść się bez środków żywicznych, jak w rzeżączkach, przebiegających burzliwie. Także w przypadkach, w których chory z powodu n. p. koniecznej podróży, nie może się poddać fachowemu leczeniu, lepiej jest leczyć wewnętrznie gonosanem, niż pozwolić, by chory leczył się sam zwykłą strzykawką trypową, a przez to często ponosił szkodę.

Baschkopf.

Styrakol jest połączeniem gwajakolu z kwasem cynamonowym, wydzielającym w ustroju przeszło 85% działającego gwajakolu. Posiada on nadto tę wyższość nad innymi przetworami gwajakolu, że jest nietrujący, niema żadnego smaku i nie działa szkodliwie na żołądek, gdyż rozszczepia się dopiero w jelitach. Nacht (*Aerztl. Central-Ztg.* 1904, 49), potwierdzając zdanie Engelsa, że styrakol dobrze odkaża jelita, zaleca ten lek także we wczesnych okresach gruźlicy płuc. Podając go, spostrzegał E. poprawę stanu ogólnego, wzrost wagi, zmniejszenie się kaszlu i gorączki (jak to zresztą spostrzegano i po innych przetworach gwajakolowych). W jednym przypadku zdawało się pod wpływem styrakolu ustępować stłumienie odgłosu wypukowego w szczycie płuca. *L.*

Bornywalu użył Schöffler (*Deutsche med. Ztg.*, 1905, 20) w 5 przypadkach **histeryi** (2—3 perełki dziennie) z wybornym skutkiem, usuwając zapomocą tego leku objawy tego rodzaju, jak ból głowy histeryczny (*clavus*), bezsenność, kołatanie serca nerwowe, bole w kończynach, napady rozdrażnienia i t. p. *L.*

W usunięciu niedokrwistości i osłabienia, powstałych w toku cierpień ginekologicznych, oddała Chiaventoniemu (*Allg. med. Central-Ztg.*, 1905, 7) w 19 przypadkach dobre usługi somatoza. *B.*

Maść wyskokowo-srebrowa jest przetworem, zawierającym ½% kolargolu, 70% wyskoku, mydło sodowe, wosk i glicerynę; używa się jej pod szczelnym opatrunkiem, zmieniając 1—2 razy dnia. Löwe (*Allg. med. Central-Ztg.*, 1905, 9) podaje, że stosował maść tę na odmroziny, wrzody podudzia, stłuczenia, oparzenia, przewlekłe wypryski, oraz na zanokcice, ropowice, dymienice i t. d. z dobrym skutkiem. *H.*

Heroinę uważa Helbich (*Wiener med. Presse* 1904. 52) za szczególnie wskazaną w przypadkach suchego, męczącego kaszlu (nieżyty gardła i krtani, dychawica oskrzelowa, krztusiec, niektóre przypadki zapalenia opłucnej), oraz w przypadkach krwioplucia. Przeciwwskazaną jest heroina w przypadkach obfitej, gęstej wydzieliny (przewlekłe nieżyty oskrzeli, późniejsze okresy suchot płucnych, — rozedma płuc). Szkodliwego działania na serce H. nie zauważył, natomiast wcale nie rzadko (3—4%) przypadków) przypadłości żołądkowe (nudności, wymioty); — odmawia jej też działania nasennego. H. podaje 0·003—0·005 heroiny na dawkę; wyjątkowo u chorych, przyzwyczajonych do narkotyków, można dojść do 0·01. *B.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 31 marca 1905 r.

Obecnych członków 40. Przewodniczy: kol. Wechsler.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol prof. Gluziński przedstawia chorego z *myeloma multiplex ossium*, u którego rozpoznanie opiera się przedewszystkiem na obecność w moczu ciał Bence-Jonesa. Chory ten uległ dwukrotnie wypadkowi kolejowemu, przy którym doznał stłuczenia klatki piersiowej, choroba też zaczęła się od żeber. Przypominając przypadek, spostrzegany przed rokiem w klinice, w którym również w wywiadach podany jest wypadek kolejowy, podnosi znaczenie urazu w etyologii tej sprawy, a co za tem idzie, znaczenie w ocenie sądowo-lekarskiej.

III. Kol. prof. Gluziński przedstawia chorą, u której przed rokiem wykonano dekapsulacyę obu nerek sposobem Edebohlsa z po-

wodu przewlekłego zapalenia nerek. Przed operacyą ilość białka wynosiła 0·66%, mocz zawierał wałeczki szkliste i ziarniste. Gdy się chora po roku zgłosiła do kliniki z kolką żółciową, nie znaleziono już w moczu żadnych śladów przebytego cierpienia nerkowego. Należy ją więc dziś uważać za wyleczoną z zapalenia nerek. O ile na to wpłynęła opercaya, wyrokować nie można; w każdym razie przypadek powyższy dowodzi nieszkodliwości tego zabiegu.

Kol. doc. Wiczkowski zdaje sprawę ze swoich trzech przypadków, które oddał do operacyi. Pierwszy: zapalenie miąższowe nerek, w części śródmiąższowe. Przed operacyą białka 0·2—0·25%, obrzęki nieznaczne. Po obustronnej dekapsulacyi w cztery tygodnie białka 0·3% i wszystkie składniki, cechujące zapalenie nerek, obrzęki niewielkie, innych objawów brak. Drugi: zapalenie śródmiąższowe nerek; objawy ciężkie, znaczne obrzęki. Po operacyi stan ten sam. Trzeci chory umarł zaraz po operacyi. Doświadczenie więc mowcy każe mu przemawiać przeciw operacyi. Może mieć ona dobre wyniki jedynie tam, gdzie jest przekrwienie i obrzęk nerek, a więc w postaciach ostrych, albo co najwyżej będących na przejściu z ostrych do przewlekłych, nigdy w przewlekłych. W leczeniu zapalenia nerek nigdy nie możemy być pewni, jaki obrót weźmie choroba; stoi więc na tem stanowisku, że internista albo sobie pomoże, albo nie pomoże i wówczas jest przypadek stracony; można więc wtedy za zgodą rodziny i w przypadkach świeżych wezwać pomocy chirurga.

Kol. prof. Gluziński zastrzega się, że przedstawia jedynie przypadek w kwestyi, która jest na porządku dziennym, nie mając zamiaru tem samem zachęcać do operacyi. Nie można jednak wydawać jeszcze sądu przeciwnego, gdyż sprawa wcale jeszcze nie jest rozstrzygniętą. Wprawdzie sprawozdania kliniczne brzmią niepomyślnie; doświadczenia na zwierzętach jednak zachęcają do dalszych prób.

IV. Kol. prof. Gluziński przedstawia przypadek ciężkiej niedokrewności u chorej, u której jako etyologię rozpoznaje przymiot. O ile wcierania rtęciowe w tym przypadku pomogą, dopiero dalsza obserwacya wykaże.

Kol. Skałkowski, do którego ta chora zgłosiła się przed 6 laty, rozpoznał przymiot na podstawie poronień i ciężkiej niedokrewności. Wówczas leczenie rtęciowe miało znakomity skutek. W parę lat później zgłosiła się znów ze zmianami przymiotowemi i dawnymi objawami, nie miał jednak sposobności spostrzegania skutków leczenia.

V. Kol. Franke mówił: „O wpływie promieni rentgenowskich na przebieg białaczki" i przedstawiał trzy chore, leczone tym sposobem. (Rzecz przeznaczona do druku). *Zawadzki.*

VII. Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach.

Przyczynek do dziejów medycyny.

Skreślił

Dr. Adam Langie.

> *„La science ne suit pas une ligne droite dans sa marche progressive, elle revient souvent sur elle-même et tout en progressant, semble parfois rentrer en arrière et remonter vers sa source".* Flammarion.

(Ciąg dalszy.)

Postępy i rozwój chemii, niemniej jak fizyki i elektryczności, dostarczyły medycynie nowych środków leczniczych, wypierając wiele dawniejszych, bezużytecznych lub stosowanych na oślep. Z biegiem więc XIX wieku powstaje cały szereg nowych sposobów leczniczych, jak: leczenie mechaniczne (mięsienie), wziewaniami, odżywcze, działające na przemianę materyi, klimatyczne, balneologiczne, dyetetyczne, zastosowanie prądu elektrycznego i światła, aż do najnowszych szczepień ochronnych, wstrzykiwań surowic i organoterapii.

Do wielkiego postępu w leczeniu przetworami aptecznymi przyczynia się rozwój doświadczeń farmakologicznych i toksykologicznych, które kontrolują i wskazują z całą dokładnością, w jakiej dawce i jak każdy lek działa na ustrój w ogólności, lub na jego poszczególne narządy i tkanki. W następstwie tego powstają wielkie pracownie farmakologiczne, a nauka ta staje się wiedzą samoistną, z której wskazówek korzysta praktyczna terapia przy łóżku chorego. Równoczesny rozwój całkiem już nowoczesnej umiejętności, jaką jest bakteryologia, zmienia niejedno dawne zapatrywanie na leczenie chorób zakaźnych, wykazuje, że w wielu przypadkach gwałtowne obniżanie gorączki środkami przeciwgorączkowymi jest często bezcelowe i stwarza wreszcie pod koniec stulecia nowy dział terapii, którego początek zrodził się właśnie na ziemi francuskiej w pracowni genialnego Pasteura, o czem będzie jeszcze mowa później w osobnym rozdziale.

Również kolosalny rozwój chirurgii sprawia, że wiele chorób wewnętrznych zaczynają leczyć daleko skuteczniej przez zastosowanie, w miejsce leczenia aptecznego, wprost śmiałych zabiegów chirurgicznych, o których dawniej nawet marzyć nie można było.

Leczenie wodami mineralnemi, kąpielami i klimatyczne rozszerza się na wielką skalę, również dzięki ulepszonym metodom badania, dozwalającego na dokładne rozbiory ilościowe i jakościowe wód leczniczych: powstaje więc znów osobny dział: balneo- i klimatoterapia. W miejscach klimatycznych zaczynają wznosić się wspaniałe zakłady; na wybrzeżach morskich i w okolicach, wyposażonych przez naturę w źródła lecznicze, powstają całe miasta, a i w tem naczelne miejsce dzierży Francya, mająca i morze i klimat alpejski i południową Riwierę i bogactwo przeróżnych zdrojów mineralnych. Więc też szereg lekarzy francuskich oddaje się studyom balneologicznym, przyczyniając się niemało do rozwoju tego rodzaju leczenia.

Z pomiędzy francuskich terapeutów i farmakologów wymieniamy tu przynajmniej najwybitniejszych.

Jan Baptysta Grzegorz Barbier (1780—1865), autor »*Principes généraux de pharmacologie*« i »*Traité élémentaire de matière médicale* (Paryż, 1819 i 1820).

Apolinary Bouchardat (1806—1880), który wydał »*Manuel de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie*« (Dzieło to doczekało się pięciu wydań, ostatnie z 1873 roku). Redaguje on też od roku 1840 »*Annuaire de thérapeutique*«.

Jan Baptysta Alfons Chevalier (1793—1879) pracuje głównie w dziale chemii lekarskiej i redaguje od 1829 »*Annales d'hygiène publique*«.

Adolf Gubler (1821—1879), autor mnóstwa prac farmakologicznych, komentarza do francuskiej farmakopei i podręcznika terapii.

Mateusz José Bonawentura Orfila (1787—1853), jeden z najznakomitszych toksykologów XIX wieku, autor »*Traité de toxicologie générale*« (1815). Prócz licznych dzieł lekarskich zasłużył się on jeszcze przez ulepszenie pracowni naukowych w Paryżu i inicyatywę w zakładaniu nowych, jak słynnego zbioru anatomo-patologicznego Musée Dupuytren i muzeum anatomii porównawczej tamże, noszącego jego imię (Musée Orfila).

Edmund Feliks Alfred Vulpian (1826—1881), pisarz nadzwyczaj płodny, który między innemi ogłosił przeszło 200 prac z dziedziny patologii, fizyologii doświadczalnej, farmakologii i toksykologii.

Prócz wymienionych wyżej, piśmiennictwo tego działu wzbogacili jeszcze: Piotr Ludwik Cottereau, trzej Coze, dziadek, ojciec i syn, z których ostatni, zmarły 1896 w Nancy, jest autorem dzieł: »*Histoire naturelle et pharmacologie des médicaments narcotiques*« (1853) i »*Recherches sur les maladies infectieuses*« (1872) — Franciszek Foy, Wincenty Raspail, Józef Pelletier, Jan Ludwik Lassaigne, Camille Blaud (pigułki Blauda), Mehu i inni, nie licząc żyjących współczesnych badaczy i autorów, nad którymi jeszcze kart swych historya nie zamknęła.

Całej plejady balneologów francuskich, którzy wydają niezliczoną liczbę prac z zakresu balneo- i klimatoterapii, wymieniać nie sposób; wspomnę więc tylko o Janie Izydorze Bourdon (1796—1861), autorze dzieła »*Guide aux eaux minérales de la France et de l'Allemagne* (1854). Wodolecznictwem zajmują się Ludwik Józef Désiré Fleury (1814—1872) i Philibert Guettet, metodą wziewań leczniczych Jan Sales-Girons (1808—1879). Obok nich całe mnóstwo wybitnych lekarzy, jak Despine, Durand, Fardel, James, Méricourt, Petit, Turck i t. d. poświęca się temu działowi.

5. Chirurgia.

Podobnie, jak w dziejach medycyny wewnętrznej, tak i w historyi chirurgii wiek XIX upamiętnił się olbrzymim rozwojem. Wprawdzie w pierwszej jego połowie, mimo znakomitych i zręcznych operatorów, których nazwiska zapisała historya po wieczne czasy, zajmuje chirurgia jeszcze stanowisko uboczne, jako część medycyny ogólnej, ale już wtedy widocznem jest wyraźne dążenie do wybicia się w odrębną, zamkniętą całość. Za to w drugiej połowie wieku wyzwala się ona zupełnie i przekształca w całkiem samo-

istną gałąź wiedzy lekarskiej, a we wszystkich jej działach dokonywa się tak nadzwyczajny zwrot, że wreszcie chirurgia wysuwa się na pierwsze miejsce, stając się prawdziwą „sztuką“ lekarską.

Zawdzięcza to, jak powszechnie wiadomo, trzem głównie czynnikom, którymi są: odkrycie znieczulenia ustroju, wprowadzenie przeciwgnilnego operowania i opatrywania, oraz wynalezienie sposobu wywołania dowolnie miejscowej bezkrwistości, dozwalającej operować bezkrwawo lub z bardzo tylko niewielką utratą krwi, a więc umożliwiającej najcięższe rękoczyny, które przedtem groziły życiu z powodu nieuniknionych wielkich krwotoków. Gdy w ślad za tem liczba operacyi, które dawniej wprawdzie udawały się technicznie, lecz chory ginął z zakażenia lub upływu krwi, zmalała do *minimum*, poczyna dopiero chirurgia zbierać niebywałe dotąd tryumfy.

Już w wiekach średnich wspomina historya medycyny o bezowocnych próbach wynalezienia sposobu, pozwalającego dokonać operacyi bez bolu; jednak wieki upłynęły, zanim udało się odkryć ten błogosławiony środek. Jeszcze na początku XIX wieku każdy zabieg chirurgiczny jest prawdziwą męczarnią dla chorego, na którą niejeden zgodzić się nie może i woli śmierć, niż nadzieję wyleczenia, straszenmi okupioną torturami. Dopiero gdy Karol Jackson, lekarz w Bostonie (1805—1880), odkrył przypadkowo usypiające własności eteru, a po raz pierwszy użył go do uśpienia w roku 1846 bostoński dentysta Wiliam Morton, datuje się nowa era w chirurgii. Jak wiadomo, wkrótce już, bo w roku 1847, zastąpił edymburski ginekolog Sir James Young Simpson (1811—1870) eter chloroformem, wykrytym 1831 roku przez francuskiego farmakologa Souberainea. Uśpienie chloroformowe rozpowszechnia się odtąd w całym świecie i do dziś wytrzymuje zwycięzko współzawodnictwo wszystkich, później w tym samym celu polecanych środków. O chloroformie też słusznie wyraził się Rochard: *le siècle qui s'achève a vu naître des découvertes peut-etre plus brillantes que celle là, mais il n'en a pas produit de plus utiles«.*

Przeciwgnilne opatrywanie ran wprowadził do chirurgii wprawdzie też anglik, którym był, jak wiemy, słynny Sir Josef Lister (urodzony 1827), ale i tu badania genialnego Pasteura wywarły przeważny wpływ i dały podstawę uczonemu angielskiemu do stworzenia nowej metody: antyseptyki, z której pod koniec XIX stulecia zrodziła się, wszechwładnie dziś w salach operacyjnych całego świata panująca: aseptyka.

Trzecim wreszcie, niezmiernie ważnym dla rozwoju chirurgii czynnikiem, jest sposób uzyskania miejscowej bezkrwistości, co zawdzięczamy lekarzowi niemieckiemu z Kiel, Fryderykowi Esmarchowi (urodzony 1823).

Te trzy zdobycze naszego wieku rozstrzygnęły stanowczo o przyszłości chirurgii, stworzyły całe szeregi nowych sposobów operacyjnych, tak śmiałych i zadziwiających, o jakich przedtem najzręczniejsi nawet i najodważniejsi chirurdzy marzyć nie mogli. W ślad za tem przyszedł rozwój chirurgii zachowawczej i rękoczynów plastycznych, bo dzięki antyseptyce i aseptyce pokazało się, że niejeden członek, skazany dawniej na odjęcie z obawy zakażenia, grożącego śmiercią, da się jeszcze uratować, że niejeden, nawet znaczny ubytek da się przecież zastąpić przeszczepioną tkanką.

A w tym kolosalnym rozwoju chirurgii pierwsze miejsce zajmuje znów Francya z Paryżem i słynną szkołą w Montpellier na czele. Chirurgia już w pierwszej połowie XIX wieku stoi tam tak wysoko, że lekarz dopiero wtedy był uznany za biegłego chirurga, jeżeli odbywał, lub przynajmniej uzupełniał swe nauki we Francyi. Od drugiej połowy XIX w. zaczyna się rozkwit chirurgii niemieckiej, angielskiej i innych; współzawodniczą one z chirurgią francuską i jakkolwiek pod koniec stulecia zrównały się z nią, to jednak Francya dotrzymuje im zawsze kroku w ogólnym postępie i bynajmniej wyprzedzić się nie daje.

Slawna tradycya chirurgii francuskiej sięga jeszcze XVIII w., kiedy to złotemi głoskami — *passez moi l'expression* — zapisały się takie nazwiska, jak: Littré (1658—1725), Petit (1674—1750), Le Dran (1685—1770), Morand (1697—1775), Louis (1723 do 1792), Chopart (1743—1795), Desault (1744—1795), wreszcie Sabatier (1732—1811), autor ulubionego podręcznika chirurgii w 3 tomach pod tytułem: »*De la médecine opératoire* (Paryż, 1796).

W dziejach chirurgii francuskiej XIX wieku rozróżnić musimy dwa okresy, mniej więcej równe: pierwszy obejmujący pierwszą, — drugi — drugą połowę stulecia, a między graniczną między obu stanowią właśnie owe trzy wyżej wzmiankowane epokowe wynalazki.

W pierwszym okresie kwitnie i rozwija się technika operacyjna, do czego przyczyniają się głównie wielkie wojny, zaczęte pod koniec XVIII wieku, a prowadzone dalej niemal bez przerwy aż do upadku pierwszego cesarstwa. W epoce tej na pierwszy plan wysuwają się nazwiska słynnych operatorów wojskowych i oni to wyryli znamienne piętno na całej chirurgii francuskiej owej doby. Do naukowego rozwoju chirurgii przyczynia się w epoce tej w znacznej mierze szkoła w Montpellier, głosząc zasadę, że aby dobrym być chirurgiem, nie wystarcza zręcznie i szybko operować, lecz trzeba objąć i posiąść całość nauk lekarskich. Nie wystarczy, by chirurg był, jak dawniej, niejako pół-lekarzem: jemu nie wolno wedle słów Boyera »*negliger aucun des dogmes de la médecine*«. Mistrze i uczniowie szkoły tej, jak Delpech, Lallemand, Dubreuil przyczyniają się nadto do wyspecyalizowania chirurgii i pierwsi znaczą szlaki do jej bujnego nowoczesnego rozkwitu.

Z pomiędzy lekarzy chirurgów, których działalność przypada po części na koniec XVIII wieku, po części na pierwszą połowę XIX-go, największy rozgłos i to dobrze zasłużony zyskał sobie Larrey, który pierwszy podał myśl niesienia pomocy lekarskiej na polu bitwy, zaprowadzając t. zw. *ambulances volantes*, a dzięki swej troskliwej opiece i staraniu o rannych zyskał przydomek: »*la providence de soldats sur le champ de bataille*«. Jan Dominik Larrey urodził się 1766 roku w Beaudean. Jako lekarz wojskowy był on nieodstępnym towarzyszem Napoleona, brał udział w 25 wielkich wyprawach wojennych i w 60 bitwach, od kampanii egipskiej począwszy, aż do Waterloo. Widział więc Wielkiego Słońca jasny wschód i krwawy zachód. Uchodzi słusznie za twórcę nowej chirurgii wojennej. W roku 1805 zostaje generalnym inspektorem służby lekarskiej wojskowej, a po bitwie pod Wagram otrzymuje tytuł barona od cesarza, który w testamencie swym, jeszcze o nim wspominając, pisze: »*C'est l'homme le plus vertueux que j'aie connu*«. W roku 1836, przeniesiony w stan spoczynku, zostaje naczelnym chirurgiem w paryskim *Hôtel des Invalides*. Umiera w Lyonie 1842 roku. A mimo trudów wojennych pracuje on też naukowo, wprowadza wiele nowości do ówczesnej chirurgii, jak n. p. torsyę, jako środek tamujący krwotoki, lub sporządzoną przez siebie masę twardą, służącą do opatrywania złamań kości. Najcelniejsze jego dzieła są: »*Rélation historique de l'armée de l'Orient*« (Paryż, 1803); »*Mémoires sur les amputations des membres à la suite des coups de feu*« (Paryż, trzy wydania, ostatnie r. 1808); »*Mémoires de médecine et de chirurgie militaire*« (Paryż, 1812) i wreszcie »*Clinique chirurgicale*« (Paryż, 1830[4]).

Prócz Larreya notują dzieje chirurgii francuskiej pierwszego okresu następujących sławnych lekarzy:

Filip Jan Pelletan (1747—1829), następca Desaulta w Paryżu, gdzie dla niego założono osobną klinikę, przeznaczoną dla wydoskonalenia chirurgii (*Clinique de perfectionnement*);

Aleksy Boyer (1757—1833), autor 11-tomowego dzieła: »*Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*« (Paryż, 1814—1826);

Karol Ludwik Stanisław Heurteloup (1793—1864), syn również dzielnego chirurga Mikołaja, wynalazca litotrypsyi, wielce zasłużony około wydoskonalenia wogóle metod operacyjnych kamieni pęcherzowych.

Jednym z największych chirurgów XIX wieku, znakomitym operatorem, wszechstronnym uczonym i niemal genialnym dyagnostą był, żyjący w tej właśnie epoce, rozgłośnej sławy lekarz: baron Wilhelm Dupuytren. Urodzony w Pierre-Buffière 1777 roku, pobierał nauki w medycznej szkole paryskiej, poczem pracował jako prosektor w *École de Santé*, a od roku 1812 jako profesor chirurgii wydziału lekarskiego w Paryżu. Po śmierci Pelletana został naczelnym operatorem szpitala *Hôtel-Dieu*. W epoce Restauracyi w roku 1823 mianowany przybocznym lekarzem Ludwika XVIII-go, a w roku 1824 Karola X-go, wreszcie generalnym inspektorem uniwersytetu (*Inspecteur général de l'université*). Umarł 1835 roku. Cieszył się ogromną wziętością, dzięki niesłychanej technice operacyjnej, zimnej krwi i bystrości spostrzegawczej. Po za tem pracował wiele naukowo, studyując głównie anatomię opisową, patologię chirurgiczną i anatomię patologiczną. Jemu zawdzięcza chirurgia wynalazek licznych narzędzi i metod operacyjnych. Jest on pierwszym, który wykonywa podwiązanie wielkich tętnic, a w roku 1812 robi pierwszą resekcyę szczęki dolnej, oraz nieco później poleca metodę podskórnego przecięcia mięśnia mostko-sutko-obojczykowego. W latach 1825 i 1826 dokonywa szeregu porównawczych doświadczeń między sposobem wyjęcia, a spychania zaćmy, a prace jego nad tętniakiem urazowym do dziś dnia mają swoją wartość. Z pośród licznych dzieł, jakie pozostawił, najcelniejsze są: »*Traité*

[4]) Zasługi Larreya uczcił naród francuski wspaniałym posągiem bronzowym, wykonanym przez słynnego Dawida d'Angers, wzniesionym w dziedzińcu paryskiego szpitala *Val-de Grâce*. (*Przypisek autora*).

théoretique et pratique des blessures par armes de guerre« (Paryż, 1834); »*Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel Dieu«* (Paryż, 1831), oraz podręcznik ogólnej chirurgii operacyjnej.

Dzielnie współzawodniczą z Dupuytrenem: Jan Baptysta Franciszek Léveillé (1769—1829), autor podręcznika chirurgii, wydanego w 1812 roku; Baltazar Richerand (1779 do 1840) i Filibert Józef Roux (1780—1854), chirurg w Beaujon, uczeń wielkiego Bichata, członek Instytutu, bardzo zręczny operator, który pierwszy odważył się wykonać stafilorafię i wiele innych operacyi plastycznych.

Jakób Delpech (1772—1832). On to zastosował w leczeniu stopy końskiej podskórne przecięcie ścięgna, udoskonalił wiele rękoczynów ortopedycznych i pierwszy zwrócił uwagę na gruźliczą naturę *malum Potti.*

Achilles Flaubert (1784—1846) w Rouen, pierwszy w Europie wykonał w 1835 roku szew kostny, polecany przez amerykańskiego chirurga Motta.

Jakób Lisfranc (1790—1846), znany przez swą odmianę operacyi Choparta na stopie.

Klaudyusz Franciszek Lallemand (1790—1853, w Montpellier, głośny z prac w zakresie operacyi dróg moczowych, równie jak Ludwik Józef Sanson (1790—1841); Jan Civialo (1792—1867), który wydoskonalił metodę operacyjną kamieni moczowych i Piotr Salomon Ségalas (1792—1875), który znów ulepszył instrumentaryum do litotrypsyi.

Karol Gabryel Pravaz (1791—1853), wynalazca metody wstrzykiwań podskórnych, którego nazwisko po wieczne czasy związano z podaną przez niego w tym celu, powszechnie znaną strzykawką.

Juliusz Cloquet (1790—1883) autor: »*Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales«*.

Z metodą doszczętnej plastycznej operacyi przepukliny występuje w roku 1829 D. G. Belmas (1793—1864) i Piotr Mikołaj Gerdy (1797—1856) w dziele pod tytułem: »*De la cure radicale de la hernie inguinale*" (1850).

Alfred Armand Ludwik Marya Velpeau (1795 do 1867), autor podręcznika anatomii chirurgicznej, udoskonalą wiele opatrunków i operacyi, jak: wyłuszczanie w stawach, przecięcie ścięgna i t. p.

Jan Zuléma Amussat (1796—1856), głośny operator paryski i wszechstronnie wykształcony lekarz. Poleca na nowo *sectio alta* w 1832 roku, stosuje szew jelitowy przy operacyi po raz pierwszy w 1835 roku, wreszcie robi liczne i ważne doświadczenia nad enterotomią, nad wtargnięciem powietrza do żył, nad leczeniem krwawnic (hemoroidów), wyłuszczaniem guzów macicznych, operacyami zwężeń cewki moczowej, wad wrodzonych pochwy i t. d.

Józef Gensoul (1797—1858) w Lyonie, wsławił się głównie jako zręczny operator kamieni pęcherzowych i przepuklin. Ulepszył wiele rękoczynów plastycznych i po raz pierwszy wykonał w roku 1826 całkowite wypiłowanie szczęki górnej.

Filip Fryderyk Blandin (1798—1849), znany ze swych badań anatomicznych, które pogłębiły tę naukę.

Józef Leroy d'Etiolles (1798—1860), zasłużony zarówno z Civialem i Heurteloupem około rozpowszechnienia litotrypsyi. Podał wiele nowych narzędzi, wprowadził na większą skalę stosowanie w leczeniu galwanokauteru i pierwszy zaczął używać galwanopunktury przy tętniakach i zwężeniach cewki moczowej.

Gabryel Guillon (1798—1881), wynalazca przyrządu prostującego przeciwko skrzywieniom kręgosłupa i nowych metod operacyjnych dla leczenia chorób dróg moczowych.

Antoni Józef de Lamballe (1799—1867), znany ze swych plastycznych operacyi przetok pęcherza i kiszki odchodowej, oraz ze swego szwu jelitowego. Wydał: »*Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal«* (1829) i »*Sur l'invagination et les sutures intestinales«*.

Stanisław Langier (1799—1872), który w roku 1830 podał nowy sposób leczenia przetok łzowych, polecał wsysanie zaćmy (*aspiratio*), a prócz tego ogłosił wiele prac z różnych działów chirurgii.

Po tych wszystkich głośnych chirurgach, o których powiedział Boyer: »*grace au nombre et à l'activité de ces travailleurs, au génie de ces hommes d'élite, la réforme se répend partout et la chirurgie subit une première métamorphose en suivant sa marche naturelle«*, następuje młodsza generacya chirurgów, urodzonych już w XIX stuleciu, którzy wraz z tamtymi popychają ciągle naprzód francuską sztukę chirurgiczną, a wreszcie pokolenie najmłodsze, pracujące już w drugim okresie rozwoju chirurgii XIX wieku i korzystające w całej pełni z owych trzech głównych wynalazków, o jakich wspomniano na wstępie niniejszego rozdziału. Wymienimy ich tu pokrótce w porządku chronologicznym.

Juliusz René Guérin (1801—1886), założyciel zakładu ortopedycznego w Paryżu.

Jan Baptysta Lucyan Baudens (1801—1857), lekarz wojskowy, ulepszył wiele sposobów operacyjnych, brał udział w wojnie krymskiej.

Amadeusz Bonnet (1802—1858), wynalazca operacyi wyłuszczenia gałki ocznej i autor dzieła o chorobach stawów pod tytułem: »*Traité des maladies des articulations«* (1845).

August Vidal de Cassis (1803—1856), którego uczniem był słynny Bardeleben; wydał 5-tomowe dzieło: »*Traité de pathologie externe et de médecine opératoire«* (1838—1841); wynalazł spinki (*serres fines*) do operacyi stulejki i podał metodę doszczętnej operacyi żylaka powrózka nasiennego (*varicocele*).

Jan Gaspard Goyrand (1803—1866) w Aix, wynalazca wielu ważnych nowych metod operacyjnych w zakresie chirurgii kości i stawów, oraz przetok moczowych.

Karol Emanuel Sédillot (1804—1883) w Strasburgu, wydał cenne prace o zwichnięciach w stawach, operacyach plastycznych, gastrotomii i uretrotomii.

Karol Marya Edward Chassaignac (1805—1879), wynalazca metody drenowania ran, rozpowszechnionej odtąd w całym świecie, sposobu podokostnowych resekcyi kości, opartego na badaniach Flourensa nad czynnością i rolą odżywczą okostnej. Sposób ten pozwala odtąd na zachowanie członków, które dawniej musiały być odjęte, słusznie też nazywają Chassaignaca twórcą chirurgii zachowawczej. Ogłosił poważne dzieło: »*Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical«*.

Józef Franciszek Malgaigne (1806—1865), autor bardzo rozpowszechnionego w swoim czasie podręcznika chirurgii.

Najwybitniejszym z pośród tej plejady chirurgów jest August Nélaton (1807—1873) od roku 1851 profesor kliniki chirurgicznej w Paryżu, a od 1866 przyboczny chirurg Napoleona III., w roku zaś 1868 mianowany senatorem. Należy bezsprzecznie do najznakomitszych chirurgów, zażywa sławy bystrego dyagnosty i biegłego operatora. Popularność jego wzrosła jeszcze bardziej po udanej szczęśliwie operacyi Garibaldiego, któremu tkwiącą głęboko w nodze kulę wyśledził przy pomocy swego nowego zgłębnika o porcelanowej główce. Z pośród licznych jego prac zasługują na uwagę: »*Elements de pathologie chirurgicale«* (1844); »*Traité des tumeurs de la mamelle«* (1859); pisał też wiele rozpraw z zakresu operacyi ocznych i operacyi narządu moczowego.

Nad chirurgią dróg moczowych pracują: Leon Klemens Voillemier (1809—1878), autor: »*Traité des maladies des voies urinaires«* (1868) i August Mercier (1811—1882).

Alfons Guérin (1817—1895) wprowadza w roku 1878 opatrunek z waty.

Arystyd Verneuil (1823—1895), należący również do najwybitniejszych chirurgów ostatnich czasów, wynalazł kleszczyki do tamowania krwi (*pince hemostatique*), robił cenne doświadczenia nad stosowaniem jodoformu w ropniach i prócz wielu rozpraw kazuistycznych wydał 5-tomowe dzieło: »*Mémoires de chirurgie«* (1877—1888).

Ludwik Ollier (ur. 1825) w Lyonie, zasłużony w dziale chirurgii kości, autor dzieł: »*Traité expérimental et clinique de la dégeneration des os et de la production artificielle du tissus osseux«* (1867) i »*Des resections des grandes articulations«* (1870).

Leon Klemens Le Fort (1829—1893) ogłosił cenne prace o wypiłowaniu stawu kolanowego, biodrowego i trepanacyi czaszki.

Metodę Listera rozpowszechnił we Francyi Łukasz Championnière w swoim szpitalu paryskim »*Lariboisière«* [5], a w ślad za nim poszli zaraz inni wybitni chirurdzy, jak: Trélat, Richet, Labbé, Lannelongue, Péan. Wszyscy ci, a oprócz nich jeszcze: Giraldés, Petrequin w Lyonie, Morel-Lavallé, Nicaise, autor 250 prac, Laborie, Gosselin, Richard, Follin, Létiévent, Tillaux, Réverdin, Guyon dodali blasku chirurgii francuskiej, utrzymując ją ciągle na wyżynie i zbogacili cennemi dziełami piśmiennictwo naukowe, a niektórzy z nich, żyjący jeszcze, pracują obecnie dalej, by dopiero kiedyś przejść chlubnie do historyi. (C. d. n.)

---

[5]) *Hôpital Lariboisière* zbudowany 1846—1853, nazwany tak na cześć hrabiny Lariboisière, która ofiarowała blisko 3 miliony franków na ubogich chorych. (*Przypisek autora*).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Przy niezwykle licznym — jak na nasze stosunki — udziale członków odbyło się w sobotę ubiegłą V zwyczajne Walne Zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy w wielkiej sali „Domu lekarskiego", na które, prócz kolegów z prowincyi, przybyli także: prezes „Reprezentacyi lwowskiej" Dr Tatarczuch i redaktor „Głosu lekarzy" Dr. Mikołajski. Wszystkie punkta porządku dziennego wywołały nader ożywioną dyskusyę, tak, że obrady, rozpoczęte o 5-tej po południu, przeciągnęły się do godziny 9½ wieczorem; poczem przy wspólnej skromnej kolacyi omawiano jeszcze wiele zagadnień społecznych i zebrano składkę na «rannych i głodnych« w Królestwie Polskiem.

Walne Zgromadzenie przyjęło przez aklamacyę gorące podziękowanie, wyrażone przez prezesa prof. Jordana profesorowi Nowakowi za doprowadzenie do skutku budowy wspaniałego »Domu lekarskiego«, jak również redakcyi »Głosu lekarzy« za świetne prowadzenie jedynego dziś pisma polskiego, poświęconego sprawom zawodowym lekarskim; przekazało liczne aktualne wnioski do wykonania Wydziałowi i wybrało na rok bieżący następujący Zarząd główny: prezes: prof. Jordan; I wiceprezes: prof. Ziembicki; II wiceprezes: dr. Bogdanik; sekretarz: dr. Langie; zastępca: dr Flis; skarbnik: dr. Słapa; wydział: dr. Braun, dr. Hirsch Dawid, dr Żydłowicz, kom. kontrol.: dr. Bernadzikowski, dr. Bielański, dr. Schoengut; sąd polubowny: prof. Ciechanowski, dr. Jaugustyn, dr. Lustgarten, prof Łazarski, dr. Woyciechowski.

Według sprawozdania Administracyi znaczków receptowych, przedłożonego Prezesowi Tow. samop. lek., sprzedano w I kwartale 1905 roku 69,375 znaczków 4 halerzowych, oraz 14,500 znaczków 1 halerzowych, od 18/3 do 12/4 1905 czyli razem 83,875.

Dr. Langie, sekretarz generalny.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4 maja.

* Pojutrze, d. 6 b. m. rozpocznie się w mieście naszem dwudniowy Zjazd balneologiczny, zwołany przez «Towarzystwo balneologiczne polskie«. Ten pierwszy krok nowo-powstałego Towarzystwa, a mniej i treść zapowiedzianych odczytów, dowodnie a chlubnie świadczą, że zamierzony zakres działalności jego nie ograniczy się tylko do postępu administracyjno-organizacyjnego naszych zdrojowisk i uzdrowisk, lecz że zamierza ono oprzeć rozwój balneo-klimatoterapii krajowej na podstawie teoretycznej i na ścisłych badaniach naukowych. Witając serdecznie członków Zjazdu w imieniu lekarzy krakowskich, życzymy im z szczerego serca bogatego plonu dla rozwoju umiejętnej balneologii, od którego w znacznej mierze zależy pomyślność tak ważnej gałęzi ekonomicznej w Galicyi.

* Między 11 a 18 września b. r. odbędzie się w Petersburgu V-ty międzynarodowy Zjazd położników i ginekologów. Komitet urządzający z prof. Ottem na czele zwrócił się do kol. prof. Marsa z prośbą o zorganizowanie narodowego Komitetu polskiego i z gorącem wezwaniem ginekologów polskich do udziału w tym Zjeździe. Komitet polski już się ukonstytuował, a do składu jego weszli: Mars (przewodniczący), Bylicki, Kosmiński, Festenburg, Kwiatkiewicz, Stroynowski i Sołowij — ze Lwowa; Jordan, Rosner i Dobrowolski — z Krakowa; Borysowicz, Jaworski, Neugebauer i Stankiewicz — z Warszawy; Święcicki i Pomorski — z Poznania. Ginekologowie polscy, zamierzający wziąć udział w tym Zjeździe i zapowiedzieć odczyty, raczą się zgłosić jak najspieszniej albo wprost do przewodniczącego kol. prof. Marsa (Lwów, ul. Kościuszki. 14), lub też do kolegów: Borysowicza (Warszawa, ul. Szpitalna, 5), Święcickiego (Poznań, pałac Działyńskich), Jordana (Kraków, ul. Sławkowska, 1).

* Nominacya Dra Jana Piltza na profesora psychiatryi w U. Jag. została już podpisana przez cesarza i w tych dniach będzie ogłoszona w dzienniku urzędowym

* W ostatnim Nrze »Przegl lekar.« nadmieniliśmy, że «Gazeta lekarska», wobec groźby zbliżającej się cholery, powzięła chwalebną myśl zwołania wiecu lekarskiego w Królestwie polskiem, w celu obmyślenia sposobów i środków najskuteczniejszego zapobieżenia i zwalczania zagrażającej groźnej epidemii. Myśl ta jest tem więcej na czasie, że Królestwo jest znacznie ogołocone z lekarzy, a z drugiej strony, jeśliby obawa się ziściła, to wobec toczącej się wojny, ruchu wojsk, byłaby epidemia cholery, jak to uczy doświadczenie lat ubiegłych, bardzo rozszerzoną i bardzo morderczą. Myśl rzucona wywołała żywy oddźwięk w prasie politycznej i zdawałoby się, że wobec wytężonej pracy i uwagi rządu rosyjskiego w kierunku toczącej się wojny, nie tylko przyzwolenie na wiec, lecz samorzutne powołanie społeczeństwa do własnej obrony jest elementarnem zadaniem władzy w Królestwie polskiem i — ufajmy, — że tak się stanie; jeśli jednak jest coś, co nas niepokoi, że się tak może nie stać, to te liczne zarządzenia w rdzennej Rosyi (p. Nr. 14 »Rus. Wracza»), rozwiązujące zgromadzenia, zakazujące odczytów o cholerze, pouczeń zwierzchności gminnych o jej zapobieganiu, słowem odsunięcie lekarzy od wszelkiej akcyi zaradczej. Ufajmy, że jenerał Maksymowicz oceni inaczej zamiary lekarzy polskich i ułatwi im zadanie obrony kraju pozostawionego jego pieczy.

* Pierwszy międzynarodowy Kongres anatomów odbędzie się w Genewie między 7 a 10 sierpnia.

* Pierwszy międzynarodowy Kongres psychiatrów i neurologów odbędzie się we wrześniu 1907 r. w Amsterdamie.

* Czytamy w „Nowościach" (2 b. m.), że Rada lekarska przy rosyjskiem ministerstwie spraw wewnętrznych uchwaliła pozwolić lekarzom zagranicznym na wykonywanie praktyki lekarskiej w pogranicznym pasie Gubernii kaliskiej, o ile władza miejscowa uzna tego potrzebę ze względu na dobro mieszkańców.

O ile nam wiadomo, przyzwolenie takie zostało wydane nietylko dla gubernii kaliskiej i nietylko w pasie pogranicznym, lecz obejmuje ono całe państwo rosyjskie i trwać będzie do końca obecnej wojny.

* Niemiecki związek nauczycielek-abstynentek wydał monografię o szkodliwości używania alkoholu i rozesłał tę broszurę do magistratów miejskich z prośbą o rozdanie jej matkom i zarządom szkół ludowych.

* Świeżo zakończony Zjazd chirurgów w Berlinie był nader liczny. Liczba zgłoszonych odczytów była tak wielka, że zarząd zmuszony był zmienić porządek dzienny: Zjazd powziął uchwałę, ażeby liczba odczytów na tych Zjazdach nie przekraczała 70 i w takim razie jeden odczyt trwać będzie 18 minut wraz z dyskusyą. Zachodzi istotna potrzeba uczynienia tych Zjazdów dłuższymi.

* 77 me Zgromadzenie niemieckich przyrodników i lekarzy odbędzie się w Meranie od 24 do 30 września b. r.

* Między 10 a 16 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w powiecie cieszanowskim i tarnowskim (po 1 gm.). — W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: buczackim, czortkowskim (po 1 gm.), dobromilskim (2 gm.), drohobyckim (3 gm.), grodeckim, horodeńskim, jarosławskim (po 1 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim, lwowskim po (2 gm.), nadwórniańskim (4 gm.), niskim, przemyskim (po 1 gm.), przemyślańskim (2 gm.), przeworskim, rawskim (po 1 gm.), skałackim (3 gm.), stanisławowskim, staro samborskim (po 1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm), tłumackim (2 gm.), turczańskim (4 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (3 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Rodriguez mian. został kierownikiem kliniki lekarskiej w Kadyksie. Prof. nadzwyczajny Lindemann mian. profesorem zwyczajnym w Kijowie.

Nekrologia. Dr. Roman Wieczorek, l. 64, zmarł w Gnieźnie. Dr. Garcia Duarte, prof. chirurgii zmarł w Grenadzie. Dr. Basch, prof. doświadczalnej patologii, zmarł w Wiedniu. Dr. Castiglioni, lekarz naczelny austryackiego Lloydu, zmarł w Tryeście w 61 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 15. Pawiński i Korzon: O działaniu teocyny w chorobach serca i nerek. Moraczewski: Przyczynek do charakterystyki t. zw. fosfaturyi (dok.). Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 5. Krzyżanowski: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Buczaczu za rok 1904. Pręgowski: O pożytku z łaźni (dok.). Bier: Ujemne strony higieniczne targu mlecznego w miastach większych i środki zaradcze przeciw nim.

— *Kronika lekarska* Z. 8. Sędziak: O postępach w laryngologii i rynologii w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego (c. d.). Niedzielski: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 9 zawiera: Spór lekarzy z technikami dentystycznymi. — W sprawie lekarzy kolejowych (c. d.). — Statut Towarzystwa higienicznego. — Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — Z towarzystw naukowych.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 4. Lidmanowski: O podskórnem stosowaniu salicylanu sodu przy reumatyzmie wielostawowym. Mogilnicki: Błonica w przebiegu płonicy. Poczobut: O lecznictwie ludowem i o chorobach nerwowych wśród ludu.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 17. Slavik: Uražda opilebo muže uříznutim plodidel a utopenim. Záhadný pachatel se sám 3 leta před vraždou kastroval hřebem v poruše duševni. Duševni stav pachatele.

— *La Presse médicale* Nr. 31. Lemoine: Rola cukru w odżywianiu. Blois: Leczenie rwy kulszowej prądem elektrycznym. Romme: Komórka rakowa i teorya pasorzytnicza raka.

— Nr. 32. Lévy: Nasieniotok i jego leczenie. Reedukacya psychiczna i leczenie somatyczne. Siegel: Leczenie gruźliczych gruczołów szyjnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Heubner: Leczenie kąpielowe w wieku dziecięcym. Koblank: Wodoleczenie a czynnościowe zaburzenia żeńskiego narządu rodnego. Brat: Znaczenie lecznicze przyrządu do wdychiwań tlenu. Unger: Przyczynek do nauki o obojnactwie. Pick: O gruczolaku męzkich i żeńskich gruczołów płciowych przy obojnactwie prawdziwem i rzekomem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 17. Burkard: Przyczynek do sprawy pierwotnych włókniako-mięśniaków więzadła szerokiego. Bail: Odporność agresynowa przeciw prątkom duru i przecinkowcom cholery. Kikuchi: Odporność agresynowa przeciw dysenterycznym prątkom Shiga-Krusego. Pirquet i Schick: W sprawie agresyny.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 17. Riedel: O lewostronnym bólu żołądka. Lange: Znaczenie zdjęć röntgenowskich dla ortopedyi. Payr: Zapalenie wyrostka robaczkowego i zatorowe schorzenia żołądka. Klapp: Uruchomienie stężałych i wyciągnięcie przykurczonych stawów zapomocą przyrządów ssących. Kapsammer: Przemiany w rozpoznawaniu czynnościowem wydolności nerek. Doerfler: Dalsze doświadczenia nad zapaleniem wyrostka robaczkowego, w szczególności ze względu na wczesną operacyę. Lauenstein: Niebezpieczeństwo układu odwrotnego trzew przy operacyach macicznych. Rieder i Rosenthal: Dalsze postępy w momentalnem röntgenowskiem fotografowaniu. Grashey: Źródło pomyłek i rozpoznawcze trudności przy badaniach röntgenowskich. Kochmann: W sprawie znieczulania morfinowo-skopolaminowego. Rothfuchs: W sprawie znieczulania tlenowo-chloroformowego. Israel: Wgłobienie jelit i nowa bezpieczna metoda operacyjna leczenia. Schneiderlin: Doszczętna operacya wrzodu podudzia.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 17. Mikulicz: Znaczenie X-promieni dla chirurgii. Schjerning: Zużytkowanie X-promieni na wojnie. Rumpf: Wynik stosowania X-promieni w medycynie wewnętrznej. Freund: Znaczenie X-promieni dla położnictwa i ginekologii. Schmidt: X-promienie w leczeniu chorób skóry. Reyher: Znaczenie X-promieni w pedyatryi. Miller: X-promienie na usługach dentystyki. Levy-Dorn: Rozwój techniki röntgenowania. Kümmell: Doświadczenia nabyte z 1000 operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego (dok.).

Redakcya otrzymała. Sprawozdanie z działalności Towarzystwa kolonii letnich w m. Warszawie za r. 1904. — Majkowski: Busko — wody siarczane solno-wapienne, sól gorzką i jod zawierające.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 17 (od dnia 23/IV do 29/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dziew. 28; nieżywo: chł. —, dz. 2. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 33, kob. 18; zamiejscowych: męż. 19, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 16, ob. 12. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 4, ob. 2. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, — ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 11, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 1. **Razem**: miejscowych 51, obcych 32.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 10 maja, o godzinie 6 wieczorem, ***w Domu Towarzystwa,*** posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym odczyty: 1. Kol. prof. Dr. Rosnera: „O bolach międzymiesiączkowych“. 2. Kol. Dr. Borzęckiego: „Kiedy możemy osobnikowi, który przebył kiłę, pozwolić na zawarcie związków małżeńskich“.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Franzensbad. Zarząd tego zdrojowiska rozpoczął w r. b. wytwarzać rodzimą francensbadzką sól borowinową we własnych zakładach, tak że obecnie można sól tę sprowadzać wprost z zarządu. Jak wiadomo, zdrojowisko to należy do najznakomitszych w zakresie kąpieli borowinowych, do których posiada przeszło 8 milionów metrów sz. najlepszej na kontynencie borowiny i których wydaje w miejskich łazienkach w sezonie letnim corocznie 150,000. Oczywiście tych kąpieli nie zastąpi użycie soli borowinowej; niemniej nadaje się ona wybornie do leczenia wstępnego i do doleczania.

Żelazo wypada nieraz podawać u takich chorych, u których wskazanem jest równocześnie leczenie jodem. W takich razach, n. p. u niedokrwistych dzieci zołzowatych, okazały się najpraktyczniejsze pigułki Blancarda, zawierające jodek żelaza i będzie oddawna ulubionym środkiem lekarzy francuskich, który wskutek tego stał się na północy Francyi, w Belgii i w Holandyi lekiem niemal ludowym.